A. Robin

TRATADO DE TERAPÉUTICA APLICADA

93/30

TRATADO

DE

TERAPÉUTICA

APLICADA


ESTABLECIMIENTO EDITORIAL
BARCELONA

TRATADO

DE

TERAPÉUTICA

APLICADA

PUBLICADO BAJO LA DIRECCIÓN

DE

Alberto Robin

MIEMBRO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

CON LA COLABORACIÓN

DE LOS MÁS EMINENTES MÉDICOS FRANCESES

ESPECIALIDADES

TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL

POR

J. Corominas y Sabater

Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Y

OTROS DISTINGUIDOS PROFESORES

TOMO VIII

Tratamiento médico de las enfermedades de la mujer
Tratamiento de las enfermedades del cido. — Tratamiento de las enfermedades de los ojos

CON 18 GRABADOS EN EL TEXTO

BARCELONA

JOSÉ ESPASA, EDITOR

221, CALLE DE LAS CORTES, 221

Tipografía de José Espasa, calle de las Cortes, 221. — Barcelona.

LISTA DE COLABORADORES

Achard, agregado de la Facultad de París, médico de los hospitales.
Arnozan, catedrático de la Facultad de Burdeos.
Aubert, médico de los hospitales de Lion.
Audry, médico de los hospitales de Lion.
Auvard, comadrón de los hospitales de París.
Ballet, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Saint-Antoine.
Balzer, médico del hospital Saint-Louis.
Barbe, jefe del laboratorio de dermatología del hospital Saint-Antoine.
Bardet, redactor jefe del *Bulletin de Thérapeutique.*
Barié, médico del hospital Tenon.
Barth, médico del hospital Necker.
Baumel, agregado de la Facultad de Montpellier.
Bergé, ex-interno de los hospitales de París.
Besnier, miembro de la Academia de Medicina de París, médico honorario del hospital Saint-Louis.
Blanchard, miembro de la Academia de Medicina de París, profesor de la Facultad de París.
Blin, médico del hospicio de Vaucluse.
Boinet, médico de los hospitales, agregado de las Facultades, profesor de la Escuela de Marsella.
Boissard, comadrón del hospital Tenon.
Bouilly, agregado de la Facultad de París, cirujano del hospital Cochin.
Bourcy, médico del hospital Tenon.
Brault, médico del hospital Tenon.
Brissaud, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Saint-Antoine.
Brocq, médico del hospital Broca.
Brousse, agregado de la Facultad de Montpellier.
Bucquoy, miembro de la Academia de Medicina de París, médico honorario del Hôtel-Dieu.
Budin, miembro de la Academia de Medicina de París, comadrón de la Maternidad.
Calmette, director del Instituto Pasteur de Lille.
Capitan, médico consultor de la Pitié.
Catrin, agregado del Val-de-Grâce.
Chandelux, agregado de la Facultad de Lion.
Charpentier, miembro de la Academia de Medicina, agregado de la Facultad de París.
Chaslin, médico del hospicio de Bicêtre.
Chauffard, agregado de la Facultad de París médico del hospital Cochin.
Chevallereau, médico de la Clínica de los Quinze-Vingts.
Comby, médico del hospital de los Enfants-Malades.
Dalché, médico de los hospitales de París.
Dreyfus-Brisac, médico del hospital Lariboisière.
Dubreuilh, agregado de la Facultad de Burdeos, médico de los hospitales.
Ducamp, agregado de la Facultad de Montpellier.
Du Castel, médico del hospital Saint-Louis.
Dumontpallier, miembro de la Academia de Medicina, médico honorario del Hôtel-Dieu.
Estor, profesor de la Facultad de Montpellier.
Etienne, agregado de la Facultad de Nancy.
Faisans, médico del hospital de la Pitié.
Féré, médico del hospicio de Bicêtre.
Fournier, miembro de la Academia de Medicina, catedrático de la Facultad de París.
François Franck, miembro de la Academia de Medicina.
Galliard, médico del hospital Saint-Antoine.
Garel, médico de los hospitales de Lion.
Gaucher, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Saint-Antoine.
Gellé, miembro de la Sociedad de Biología.
G. de la Tourette, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Hérold.
Giraudeau, médico del hospital Tenon.
Gouguenheim, médico del hospital Lariboisière.
Grasset, catedrático de la Facultad de Montpellier.
Hallopeau, miembro de la Academia de Medicina, médico del hospital Saint-Louis.
Haushalter, agregado de la Facultad de Nancy.
Hirtz, médico del hospital Laënnec.
Huchard, médico del hospital Necker.
Huet, jefe del laboratorio de electroterapia en la clínica de la Salpêtrière.
Hugenschmidt, médico de la Facultad de París.
Hutinel, catedrático de la Facultad de París, médico de los Enfants-Assistés.
Janet, agregado de la Facultad de letras de París, doctor en medicina.

Joffroy, profesor de la Facultad de París, médico del asilo Sainte-Anne.
Josias, médico del hospital Trousseau.
Kalt, médico de la clínica de los Quinze-Vingts.
Kelsch, miembro de la Academia de Medicina, director de la Escuela de Sanidad militar de Lion.
Labadie-Lagrave, médico del hospital de la Charité.
Laborde, miembro de la Academia de Medicina de París.
Lancereaux, miembro de la Academia de Medicina de París, médico del Hôtel-Dieu.
Lannois, agregado de la Facultad de Medicina de Lion, médico de los hospitales.
Laveran, miembro de la Academia de Medicina de París.
Leloir, catedrático de la Facultad de Lille.
Lemoine, catedrático de la Facultad de Lille.
Leredde, ex-interno de los hospitales de París.
Lermoyez, médico del hospital Saint-Antoine.
Londe, ex-interno de los hospitales de Paris.
Lubet-Barbon, ex-interno de los hospitales de Paris.
Lyonnet, médico de los hospitales de Lion.
Magitot, miembro de la Academia de Medicina.
Magnan, miembro de la Academia de Medicina de París, médico del asilo Sainte-Anne.
Mairet, decano de la Facultad de Montpellier.
Manquat, agregado del Val-de-Grâce.
Marie, agregado de la Facultad de París, médico del hospicio de Bicêtre.
H. Martin, médico del hospital Tenon.
Mathieu, médico del hospital Andral.
Mènière, médico de la Institución de los Sordomudos.
Merklen, médico del hospital Laënnec.
Mollard, ex-jefe de los trabajos biológicos de la Facultad de Lion.
Mossè, profesor de la Facultad de Tolosa.
Muselier, médico del hospital Lariboisière.
Netter, agregado de la Facultad de Paris, médico del hospital Trousseau.
Œttinger, médico del hospital Broussais.
Panas, miembro de la Academia de Medicina de Paris, profesor de la Facultad de Paris.
Parinaud, ex-interno de los hospitales de Paris.
Pécharman, médico de los asilos de la Seine.
Peyrot, agregado de la Facultad de Paris, cirujano del hospital Lariboisière.
Pitres, decano de la Facultad de Burdeos.
Pozzi, miembro de la Academia de Medicina de Paris, cirujano del hospital Broca.
Rauzier, agregado de la Facultad de Montpellier.
Rémond, agregado de la Facultad de Tolosa.
Renaut, catedrático de la Facultad de Lion.
Rendu, agregado de la Facultad de Paris, médico del hospital Necker.
Ricard, profesor agregado de la Facultad de Paris.
Richardière, médico del hospital Trousseau.
Ritti, médico del asilo de Charenton.
Sabouraud, jefe del laboratorio de la clínica del hospital Saint-Louis.
Sarda, agregado de la Facultad de Montpellier.
Schmitt, catedrático de la Facultad de Nancy.
Segond, agregado de la Facultad de Paris, cirujano de la Salpêtrière.
Sérieux, médico de los asilos de alienados de la Seine.
Siredey, médico del hospital Saint-Antoine.
Sollier, ex-jefe de clínica de las enfermedades mentales en la Facultad de Paris.
Spillmann, catedrático de la Facultad de Nancy.
Springer, jefe de laboratorio de la clínica médica de la Charité.
Straus, miembro de la Academia de Medicina, catedrático de la Facultad de Paris.
Talamon, médico del hospital Tenon.
Tapret, médico del hospital Saint-Antoine.
Teissier, catedrático de la Facultad de Lion.
Thévenet, ayudante de clínica de la Facultad de Lion.
Troisier, agregado de la Facultad de Paris, médico del hospital Beaujon.
Valude, médico de la Clínica de los Quinze-Vingts.
Verchere, cirujano de Saint-Lazare.
Vinay, médico de los hospitales de Lion.
Weber, antiguo interno de los hospitales de Paris.
Weill, agregado de la Facultad de Lion.

Colaboradores del tomo octavo

ALBERTO ROBIN
Miembro de la Academia de Medicina
de Paris

PABLO DALCHÉ
Médico de los hospitales
de Paris

M. E. GELLÉ
Miembro
de la Sociedad de Biología

E. MENIERE
Médico adjunto
de los Sordos-Mudos

F. LUBET-BARBON
Ex-interno
de los hospitales de Paris

PH. PANAS
Profesor
de la Facultad de París

E. VALUDE
Médico
de la clínica oftalmológica
de Quinze-Vingts

H PARINAUD
Antiguo jefe
del servicio oftalmológico
de la Salpêtrière

E. KALT
Médico
de la clínica oftalmológica
de Quinze-Vingts

A. CHEVALLEREAU
Médico
de la clínica oftalmológica
de Quinze-Vingts

TRATAMIENTO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LA MUJER

(GINECOLOGÍA MÉDICA)

POR

ALBERTO ROBIN
De la Academia de Medicina

Y

PABLO DALCHÉ
Médico de los hospitales

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

PRIMERA PARTE

FALSAS UTERINAS

CAPÍTULO PRIMERO

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA GENERALES DE LAS FALSAS UTERINAS

I

Introducción

Algunas mujeres vienen á veces muy alarmadas á consultarnos por afecciones imaginarias de la matriz. Impresionadas por el lisonjero relato de enfermedades graves seguidas ó no de grandes operaciones, están persuadidas de que les amenazan accidentes temibles, y, sin embargo, sus órganos genitales aparecen sanos y su estado general perfecto. — *Son falsas uterinas.*

Otras mujeres abrigan temores menos quiméricos, fundados en un síntoma real, como metrorragia, dismenorrea, leucorrea, dolor, etc.

—El examen más minucioso no descubre la menor alteración en su aparato genital; nada anormal se nota en este sentido y podemos muy bien asegurarles que el síntoma que las alarma depende de una afección general ó es sólo repercusión de trastornos de un órgano lejano: metrorragia hepática ó cardíaca, dismenorrea nerviosa, amenorrea diabética, etc., ó bien que sus sufrimientos reales los localizan equivocadamente en la matriz, siendo así que su verdadero asiento se halla en una región inmediata, vecina, fisura del ano, pólipo del recto, etc.— *También éstas son falsas uterinas.*

Por último, son en gran número las enfermas que, teniendo lesionada la matriz ó sus anexos, experimentan al mismo tiempo sufrimientos en algún otro aparato. La dispepsia, la enteroptosis, el riñón dislocado, la litíasis biliar ó la urinaria vienen á añadir sus manifestaciones á las de la metritis ó de la salpingitis. En este complexus sintomático, es muy difícil precisar y deslindar bien los elementos etiológicos, pues no solamente se confunden entre sí, sino que repercuten uno sobre otro, de manera que un tratamiento dirigido exclusivamente á tratar el útero resulta ineficaz ó incompleto. Las pacientes continúan con sus lamentos, recaen, como ellas dicen, en una gran parte de sus males. — *Realmente, tambien estas forman parte de la clase de las falsas uterinas.*

La materia objeto de nuestro estudio ni es nueva ni podemos abrigar la pretensión de sacarla del olvido; en efecto, bajo las formas más diversas, han sido muchos los autores que han señalado las influencias lejanas que obran sobre los órganos genitales de la mujer. Ya Hipócrates observó que las fiebres gástricas favorecían la aparición de las metrorragias, y en la medicina antigua se encuentran citados á cada paso casos de trastornos menstruales de origen simpático, verminoso, biliar (1), intestinal. El bazo, el pulmón, el corazón, la presión del aire, los climas y las costumbres han sido sucesivamente incriminados. Se señalan las causas más inesperadas, y Stoll, Boerhaave, Fincke y Saucerotte emiten opiniones que volvemos á encontrar en tiempos más cercanos á los nuestros en Gendrin y en el *Compendium.*

Una reacción se hizo inevitable y rebasó los verdaderos límites; de una exageración se pasó á la de sentido opuesto, llegando á negar ó á tachar de antiguallas casos bien observados en que no aparecía bien demostrada la relación entre un accidente de las vías genitales y la patología de otros órganos.

Fijándose y tomando en cuenta tan sólo los fenómenos uterinos, se

(1) Pablo Dalché. — *Les métrorrhagies dans les maladies du foie.* Sociedad médica de los hospitales, 1897. *Les métrorrhagies dans les maladies du cœur.*—Id.

llega á desconocer en muchos casos su verdadera patogenia, y en su consecuencia se plantea una terapéutica defectuosa. Abonan esta afirmación, por ejemplo, el desacuerdo existente respecto de las metrorragias y de las dismenorreas *esenciales*, discrepancia debida quizá á que no se interpretaba por un igual el significado de esta palabra; esas discusiones comienzan á tenerse hoy por algo anticuadas. Si el término *esencial* se emplea con todo rigorismo y significa «un simple trastorno funcional independiente *de toda lesión del aparato genital y de toda perturbación del estado general*» (Aran, Courty, Gaillard Thomas), no comprendemos cómo puede aplicarse. Pero independientemente de cualquier afección local *tangible* (Raciborski), y de toda alteración de los órganos sexuales, sobrevienen metrorragias y dismenorreas, de las cuales unas derivan de una primera enfermedad á veces manifiesta y otras provienen de trastornos vasomotores dependientes de una causa á veces difícil de descubrir: esta última clase ha sido designada frecuentemente con los nombres de esencial, nerviosa, idiopática. R. Barnes estuvo hasta severo al calificarla de asilo de la ignorancia, que Gallard esperaba ver desaparecer con los progresos de los tiempos.

En la primera mitad del siglo pasado, suscitóse otro debate que pudo esclarecer notablemente esta cuestión; por desgracia, quedó en suspenso, después de haberse examinado algunas de sus partes.—Récamier, Lisfranc y Gendrin atribuyen los padecimientos uterinos á la inflamación y á la ulceración; más tarde Gosselin, y sobre todo Bennett, lo hacen depender todo de la metritis. Por el contrario, Amussat, Malgaigne, Huguier y Velpeau emiten ideas del todo opuestas, y dando la preferencia á las versiones y á las flexiones, atribuyen los fenómenos dolorosos á las dislocaciones del órgano. Ya no van más allá, y en la actualidad se considera que la metritis desempeña muchas veces un papel secundario, y que la dislocación de la matriz forma tan sólo una parte del conjunto sintomático al que contribuye la dislocación de otros órganos. La noción de las ptosis abdominales (Glénard, Trastour, Thiriar, etc.), completa la teoría de Velpeau.

En la misma época y desde otro punto de vista, la lesión local va perdiendo su importancia para algunos autores, que se esfuerzan en llamar la atención hacia el estado general ó diatésico. Tal es la preocupación de Gibert en «sus observaciones prácticas (1837) sobre las ulceraciones del cuello y el abuso del espéculum en el tratamieuto de esta enfermedad.» Guéneau de Mussy y Martineau exageraron ciertamente la acción del herpetismo, del dartros y de la escrófula sobre el útero; pero, si bien las manifestaciones diatésicas directas, de diagnóstico fácil y seguro, con los caracteres

precisos con que las han descrito, son menos frecuentes de lo que se figuraron, si apenas creemos en lesiones de naturaleza herpética ó escrofulosa, en cambio hemos de admitir por lo menos lesiones comunes ú ordinarias en mujeres herpéticas, artríticas ó escrofulosas. ¿Por qué razón el estado general no ha de imponer su sello, por decirlo así, en la evolución de esas enfermedades? Más todavía; ¿por qué la menstruación no ha de sentir su influencia sin que haya de existir necesariamente una alteración orgánica? Al lado de las leucorreas linfáticas, etc., habremos de describir más adelante fluxiones genitales, dismenorreas en las mujeres gotosas por ejemplo; la integridad de su aparato genital, fuera de las crisis, permite también clasificarlas entre las falsas uterinas.

No es solamente la diátesis la que ha preocupado á los clínicos; las enfermedades agudas, las fiebres han dado lugar á que se escribieran las notables Memorias de Hérard, de Gubler y de Raciborski.

A los nombres de Trastour, Glénard y de Thiriar, citados anteriormente, que se dedicaron al estudio de las ptosis abdominales y del riñón flotante, podemos agregar los de Siredey, Parrot, Lancereaux, Martin, y más próximos á nosotros Pichevin y Armand Siredey, lista que sería interminable si pretendiéramos hacerla completa.

En el decurso de nuestra exposición, encontraremos á buen número de autores que con sus trabajos han contribuído á dilucidar la materia de que nos estamos ocupando.

Nuestro propósito es estudiar sucesivamente los trastornos genitales en las afecciones de los diversos órganos y en los estados generales, en los diferentes períodos de la vida, puesto que no todo queda dicho con haber hecho el examen de la matriz, y el tratamiento médico ú operatorio que se dirige solamente al útero y á sus anexos resulta á veces inútil ó insuficiente.

II

Diversos estados morbosos é influencias exteriores que pueden repercutir sobre el aparato útero-ovárico.

1.° CONSIDERACIONES GENERALES.—La evolución del aparato sexual juega un papel cuya importancia, siempre reconocida, no ha sido exagerada; no creemos oportuno comentar aquí el aforismo de Van Helmont para demostrar la influencia del útero y sobre todo del ovario, sanos ó

enfermos, sobre toda la economía. Así patológica como fisiológicamente consideradas, la pubertad, la vida genital y la menopausia señalan verdaderas fases ó etapas en la vida de la mujer, en que las afecciones del aparato útero-ovárico tienen una resonancia de la que participa todo el organismo.

Recíprocamente, así como pueden con facilidad presentarse trastornos por parte de la matriz ó de los anexos, también la menor alteración de la salud general basta á veces para alterar la ovulación y la menstruación. Esas dos funciones tan delicadas, por los periódicos y repetidos cambios que determinan en el útero y en el ovario, les predisponen á ciertos accidentes, con tanto más motivo cuanto ellas á su vez sufren modificaciones patológicas.

Sería verdaderamente exagerado atribuir siempre á trastornos del aparato genital gran número de las molestias que aparecen en regiones distantes del mismo; la acción inversa es tan frecuente como real. La influencia del aparato sexual sobre todo el organismo no es mayor que la influencia del organismo sobre el aparato sexual.

Prescindiendo de los temores que no se fundan en ningún síntoma, diremos que la falsa uterina es una mujer en la que una enfermedad ajena al útero y á sus anexos produce:

A. — Trastornos menstruales. . . . . { *a*) amenorrea; *b*) dismenorrea; *c*) menorragias

B. — Flujos en el período intercalar. . . . . { *a*) metrorragias; *b*) leucorrea; *c*) hidrorrea

C. — Dolores. . . . . { *a*) localizados en el aparato genital; *b*) localizados é irradiados; *c*) que radican en un órgano vecino y se atribuyen equivocadamente al útero.

D. — Tumores de evolución. . . . . { *a*) crónica; *b*) aguda

próximos pero independientes del aparato genital y sin relación alguna con él.

Antes de entrar á discutir la patogenia de estos diversos fenómenos, conviene advertir que, según la evolución de la enfermedad primera ajena á la matriz y á sus anexos, y según el período de la misma los tras-

tornos uterinos secundarios cambian á menudo de carácter; en el decurso de la misma afección, se modifican los dolores, desaparece la dismenorrea, y la amenorrea sucede á las metrorragias é inversamente. Débese esto á que entre los numerosos factores que intervienen en la situación, son dos principalmente los que desempeñan un papel preponderante: la ovulación y la menstruación. Desde luego podemos afirmar que cuando la enfermedad primera llega á su período de caquexia, de deteriorización profunda, según la expresión de Mauricio Raynaud, la amenorrea tiende á establecerse, cesan las pérdidas sanguíneas y por tanto la dismenorrea va atenuándose paulatinamente. Por el contrario, la reaparición de las reglas debe conceptuarse á menudo como un buen síntoma de convalecencia ó de mejoría. Esto no ha de considerarse, sin embargo, una regla absoluta ni extenderse, por ejemplo, á las discrasias hemorrágicas, tales como la leucocitemia ó ciertas púrpuras; mas en la clínica diaria las excepciones son más bien raras, lo que es fácil explicarse. Las hemorragias uterinas secundarias comienzan preferentemente á raíz de la menstruación; al principio, las reglas son más abundantes, aproximándose y confundiéndose luego, hasta aparecer con el tiempo la metrorragia en el período intercalar.

Si la enfermedad primera, en el curso de su evolución, debilita el organismo hasta el punto de suprimirse la menstruación, cesando también la ovulación, el flujo sanguíneo patológico tiende á desaparecer, y el flujo normal y la amenorrea suceden á las hemorragias, ó por lo menos los períodos de amenorrea son más frecuentes y más largos que los períodos de hemorragia.

¿Cómo y por qué mecanismo los trastornos de los diversos órganos y del estado general pueden repercutir sobre la matriz en términos de provocar fenómenos que simulen una enfermedad uterina? Muchas son las teorías y las explicaciones, ó mejor las hipótesis que se sostienen, variando á gusto de los observadores según las circunstancias de cada caso. Hablando en términos generales, podemos decir que la patogenia reconoce la intervencion:

a) del sistema nervioso,
b) de trastornos circulatorios,
c) de una alteración de la pared vascular,
d) de trastornos de la nutrición ó de una alteración de la sangre,
e) de influencias tóxicas,
f) de influencias infecciosas,
g) y también de diátesis.

Esos factores pueden combinarse y así los trastornos circulatorios,

por ejemplo, sobrevienen á impulsos del sistema nervioso ó de influencias tóxicas.

Examinemos rápidamente esas distintas hipótesis para mayor claridad de la exposición sintomática que vamos á hacer.

2.° INFLUENCIA DEL SISTEMA NERVIOSO.—El sistema nervioso juega aquí un papel de primer orden. Cosa singular. Ese papel se ha invocado hasta el exceso, pero en sentido inverso, y no existe ningún fenómeno simpático que no haya sido descrito como dependiente de una afección uterina. Bennett, que ha desarrollado magníficamente este asunto, consagra un largo é interesante capítulo á los «síntomas simpáticos ó generales, los que, dice él, se producen principalmente por intervención del gran simpático». El estómago, el hígado, los riñones, el corazón, los pulmones, etc., sufren alternativamente las consecuencias de las perturbaciones de la matriz, pero la reciprocidad parece imposible desde el momento que el autor llega á esta conclusión singular «... considerar los síntomas uterinos como el resultado del trastorno funcional de los órganos digestivos, es el mayor error en que puede incurrirse.»—Mas si los fenómenos uterinos reaccionan por medio del simpático sobre el aparato digestivo y sobre el hígado, ¿por qué, por el mismo conducto, los fenómenos digestivos y hepáticos no han de reaccionar sobre el útero? Esta era la opinión de Gendrin, quien colocaba, por ejemplo, en la etiología de la dismenorrea, «la impresión dolorosa de un estado morboso en un órgano importante muy vascular ó que recibe muchos nervios.» Que el dolor que radica fuera de la zona genital basta para causar desórdenes uterinos, es innegable. La sensación desagradable del frío en la piel provoca cólicos útero-ováricos, congestión, menorragias, amenorrea. Terrillon, en un trabajo hoy día demasiado olvidado, estudia los trastornos de la menstruación á consecuencia de lesiones quirúrgicas ó traumáticas. Sus conclusiones son las siguientes:

A.—Las lesiones quirúrgicas ó traumáticas obran sobre la menstruación de diferentes maneras, que pueden distribuirse en los siguientes grupos: 1.° Respetan la función menstrual; 2.° la suprimen, pero este caso es raro; la aceleran adelantándola hasta ocho ó diez días, ó la retardan por un tiempo variable; 3.° frecuentemente estas lesiones determinan, fuera de la época menstrual, una epistaxis uterina, generalmente de corta duración (unos dos días), sin síntomas concomitantes, y sin trascender apenas sobre la época menstrual siguiente.

B.—Las distintas regiones del cuerpo ejercen una acción variable, y también pueden distribuirse en zonas diferentes, atendiendo á la influencia

que pueden tener sus lesiones: 1.° Aparato sexual, útero, ovarios, vagina, vulva; 2.° zona vecina al aparato sexual, recto, ano, vejiga, parte superior de las muslos, etc., que designaremos con el nombre de *zona genital;* 3.° mamas, cuyas conexiones fisiológicas con el útero son tan íntimas; 4.° otras regiones del cuerpo y los miembros cuya acción es variable.

C.—Esas zonas tienen distinta influencia, si se toman en consideración principalmente la frecuencia de los desórdenes y sus variedades:

Puede decirse en general, que: *La primera zona* obra provocando las más de las veces una epistaxis uterina ó la reaparición de las reglas suspendidas; *la segunda zona* determina una epistaxis ó anticipa las reglas; *la tercera zona*, que casi siempre actúa, puede producir toda clase de trastornos, epistaxis, adelanto ó retardo de las reglas; y *la cuarta zona* más raras veces origina algún trastorno; pero, á parte de la epistaxis, puede provocar todas las variedades.

D.—Esos distintos trastornos de la menstruación no ejercen, al parecer, una influencia nociva sobre la salud de los enfermos, y sólo pueden considerarse perjudiciales en el sentido de la preocupación que causa en ciertas mujeres cualquiera alteración de sus reglas.

E.—Difícil es poder precisar la verdadera causa de esa perturbación, conmoción nerviosa, fiebre traumática, pérdida de sangre, etc.; y es muy probable que la mayor parte de esas causas actúen simultáneamente.

Extraño nos parece, en efecto, negar á la patología uterina toda clase de manifestaciones de orden reflejo, y leer en Bennett que admitiéndolas se incurre en uno de los mayores errores. Nosotros conocemos bien el caso de púrpura traumática (Berne), en el que las hemorragias cutáneas se generalizan y manifiestan lejos de la región afecta, y existen también ejemplos de epistaxis y gastrorragias (Lancereaux) debidas á emociones; ¿por qué, pues, no podría atribuirse análoga patogenia á una metrorragia cuando precisamente «en la mayoría de los casos (J. Renaut) el sistema nervioso parece escoger un órgano enfermo ó *predispuesto á las roturas vasculares* para producir allí la congestión hemorrágica?»

Razón tiene Terrillon al invocar la acción de causas múltiples y conexas, pero los fenómenos uterinos producidos por acto reflejo ó inhibitorio son innegables, como, por ejemplo, las menorragias ó metrorragias, dolores, dismenorrea, amenorrea y también leucorrea. La explicación de esto podemos hallarla en las anastomosis de los plexos ováricos y los filetes que reciben del plexo solar. Según la opinión de Rouget, Pfluger, Vulpian, etc., la misma menstruación es consecuencia directa de un acto

reflejo, cuyo punto de partida es la distensión del folículo de Graaf, considerándola Lanceraux como el tipo fisiológico de las hemorragias neuropáticas. De admitirse, con Vulpian y la mayoría de los fisiólogos, que la inhibición del centro vasomotor uterino, situado en la médula lumbar, y la parálisis de los vasos constrictores van seguidos de congestión y hemorragias, la excitación del mismo centro vasomotor dificulta la aparición de las reglas. La amenorrea, según los casos, lo mismo puede depender de un trastorno funcional de inervación que impida el reflejo menstrual, que de una suspensión de la ovulación.

Los accidentes uterinos de origen nervioso no son siempre reflejos, pues los hay que se producen directamente como las pérdidas y los dolores genitales en el curso de las *neuralgias* de la pequeña pelvis. Otros accidentes son más difíciles de explicar, debiéndonos contentar con meras hipótesis. ¿En virtud de qué mecanismo fisiológico intervienen el *histerismo*, la *neurastenia*, etc.? Parálisis vasomotriz probable para las hemorragias. Pero ¿y las amenorreas histéricas, psíquicas y los falsos embarazos? ¿Se creen en cinta las mujeres por desearlo mucho ó por temerlo todavía más? ¿Hay inhibición del centro génitoespinal? ¿Se trata de una excitación de los vasomotores? Limitémonos á clasificar estas enfermas en un grupo aparte sin intentar ninguna explicación.

3.° INFLUENCIA DEL APARATO CIRCULATORIO. — Los trastornos del aparato circulatorio, debidos frecuentemente á influencias nerviosas, casos éstos señalados en el párrafo precedente, intervienen muchas veces también, como causa primera, en las falsas uterinas. Las modificaciones de presión vascular que acompañan á las *enfermedades del corazón* repercuten por modo notable no sólo sobre la patología de la menstruación sí que también sobre la fisiología y la patología de toda la esfera genital. Basta aquí señalar su importancia, reservando para el capítulo clínico consagrado á los cardíacos ocuparnos de ello más extensamente. Pero, aun ciñéndonos á esas consideraciones generales, conviene hacer hincapié en que la congestión pasiva del aparato genital no implica necesariamente la aparición de hemorragias y que la amenorrea es muy frecuente.

Las alteraciones del *aparato circulatorio periférico*, al igual que las lesiones del corazón, pueden simular una afección de la matriz. Raciborsky ha indicado la posibilidad de aneurismas capilares; el ateroma de las arterias uterinas, todas las degeneraciones, sobre todo la degeneración esclerósica (Reinicke), que les impiden contraerse y favorecen sus roturas á nivel de las gruesas ramas y de las finas ramificaciones, pueden ser causas de numerosas pérdidas sanguíneas. La *hipertensión arterial*

de la arterioesclerosis generalizada entra también en juego, y ciertas metrorragias, atribuídas hasta hoy á la nefritis granulosa, deben referirse indudablemente á esta hipertensión.

4.° INFLUENCIA DE LAS ALTERACIONES DE LA SANGRE. — Al igual que las enfermedades del corazón y de los vasos, las alteraciones de la sangre repercuten á su vez sobre el aparato genital, y en el curso de la *leucocitemia*, *púrpuras*, *escorbuto*, *hemofilia*, *anemias simples* y *anemias perniciosas* sobrevienen á veces trastornos de la menstruación de cuya patogenia no debemos ocuparnos.

No cabe afirmar lo mismo de la *clorosis;* recientes estudios acerca el papel fisiológico de las glándulas de la economía han llevado á muchos autores á atribuir al ovario una secreción interna análoga á la secreción interna del testículo ó del cuerpo tireoides. Esta función nueva, ejerciéndose de un modo anormal ó defectuoso, determinaría la aparición de la clorosis ó por lo menos la de una de sus variedades; esto nos lleva otra vez á las antiguas teorías sobre el origen genital «de los colores pálidos», cuestión que nos parece verdaderamente de suficiente interés é importancia para consagrarle un párrafo especial, que irá más adelante al tratar de los trastornos genitales de la clorosis. De todos modos, bien demostradas que sean la intoxicación ovárica ó también la intoxicación amenorreica, podremos colocar la clorosis en la clase ó grupo siguiente, al lado del *bocio exoftálmico,* del *mixedema,* de la *acromegalia*, etc.

5.° INFLUENCIA DE LAS DIVERSAS INTOXICACIONES. — Numerosas son las causas que en el curso de las intoxicaciones agudas y crónicas pueden producir fenómenos que simulen una afección de las vías genitales, tales como congestiones reflejas de origen tóxico, alteraciones de la crasis sanguínea, acción posible sobre los músculos motores de las arteriolas, degeneración de las paredes vasculares, obstáculos que se opongan directamente á una ovulación regular, etc., etc.

El problema ofrece tanto más interés cuanto permite observar el efecto de los venenos, así de los llegados del exterior, como de los endógenos. Los principios químicos elaborados en el tubo digestivo, el hígado y el riñón, sanos ó enfermos, entran frecuentemente en juego en las falsas uterinas provocando fenómenos reflejos; las mujeres cuya orina contiene uroeritrina ha observado uno de nosotros que están sujetas á pérdidas profusas. Nos limitaremos á citar las metrorragias de la *ictericia grave,* de la *uremia* y de la *diabetes.*

Finalmente, debemos preguntarnos si los jugos orgánicos no obran

también á la manera de tóxicos. Dejemos de lado al ovario porque forma parte del aparato genital. Pero, en el *mixedema*, uno de los síntomas más regulares y frecuentes es la aparición de metrorragias muy abundantes y á veces muy graves; por el contrario, en el *bocio exoftálmico* predomina la amenorrea. Ese contraste en las manifestaciones genitales de dos enfermedades opuestas es digno de atención. El síndrome de Basedow se acompaña muchas veces de atrofia mamaria y genital, y con la mejoría de los accidentes basedowianos, el útero recobra su forma y consistencia normales, la menstruación vuelve á presentarse con regularidad (Lévis). La influencia de las secreciones de la glándula tireoides sobre el aparato útero-ovárico vese confirmada también por el tratamiento de ciertas metrorragias, que cesan con la opoterapia tireoidiana; inversamente, las preparaciones de ovarina parece que en algunos casos han atenuado los síntomas del bocio (1). Así también la supresión de la función menstrual es muy común en las mujeres acromegálicas, que presentan atrofia é involución senil precoz del útero y de los ovarios antes del período de caquexia.

Este punto de patogenia reclama nuevas investigaciones, siendo de mucho interés por las curiosas consecuencias terapéuticas que de él pueden resultar.

6.° INFLUENCIA DE LAS DIVERSAS INFECCIONES. — Lo precedentemente indicado permite que seamos breves al hablar de las infecciones: la acción directa, congestiva, acciones nerviosas, tóxicas, térmicas, vasculares, etc., se invocarán sucesivamente en el curso de las enfermedades infecciosas, para explicar los desórdenes menstruales y otros, epistaxis uterinas, pérdidas y amenorreas de las *fiebres graves*, dolores, etc., etc., que no dependan de una afección primitiva de la matriz ó de sus anexos.

7.° INFLUENCIA DE LAS DIÁTESIS. — Fáltanos, por último, tratar de las diátesis, aunque dicha palabra no tenga hoy gran predicamento.

En las *artríticas* y *herpéticas* se producen movimientos fluxionarios á los órganos genitales, provocando crisis, cuya verdadera causa, humoral? nerviosa? inexplicable? nos es desconocida en su naturaleza, pero cuyos efectos son innegables por determinar á veces dolores violentos y pérdidas considerables.

(1) No hay que apresurarse por esto á sentar el antagonismo entre el ovario y la glándula tireoides.—Por el contrario, Hertoghe, de Amberes, admite la posibilidad de suplir el ovario por el tireoides. (Para la teoría de Hertoghe, véase más adelante).

Los síntomas uterinos alternan también ordinariamente con las manifestaciones en otros órganos.

La pubertad, la vida genital y la menopausia de las *linfáticas* y de las *escrofulosas* difieren de las de las gotosas y herpéticas. La herencia, el origen, la raza dejan profundas huellas en la evolución sexual.

8.° **INFLUENCIA DE ALGUNAS CAUSAS COADYUVANTES.**—Comprende este grupo, en breves términos, las influencias debidas á desórdenes ajenos al aparato genital, y que repercuten sobre el útero y sus anexos; pero la intervención de estos diversos factores viene también favorecida por otras causas que hacen á la matriz más apta para recibir el contragolpe de afecciones de órganos distantes. Estas causas son los hábitos, el género de vida y también el medio social en que vive la mujer. Algunas se tomarán quizá como consecuencia de ideas anticuadas, otras parecerán pueriles y sin utilidad, y sin embargo conviene conocerlas para deducir de las mismas indicaciones terapéuticas y sobre todo para poder instituir una buena higiene. Incidentalmente hemos hablado ya del *temperamento* de las linfáticas, cuyos tejidos, de laxitud más acentuada, reaccionan de muy diferente modo que en las neuroartríticas sujetas á brotes fluxionarios.

La importancia é influencia de las variaciones de *clima* ha sido discutida; Gendrin pretende que las mujeres tienen las reglas más abundantes en los países cálidos que en los fríos, y más también en verano que en invierno; «la emigración de las mujeres, añade dicho autor, de los países fríos á las comarcas donde la temperatura es muy elevada, las predispone á las metrorragias.» Saucerotte refiere que ha observado gran número de hemorragias uterinas en las mujeres que habitan las cumbres de los Vosgos, y que ha conseguido su desaparición transportándolas á los valles.

Los vestidos demasiado ligeros, el *enfriamiento* habitual de los tegumentos y sobre todo de las extremidades inferiores y el uso de *corses* demasiado apretados, exageran y provocan quizá trastornos de la menstruación.

Boerhaave tomaba también por causa coadyuvante el uso de los *braserillos;* los inconvenientes de los *pediluvios* ó de los *baños de asiento* demasiado calientes entran en el mismo grupo ó clase etiológica.

Se han acusado igualmente la *alimentación* y las *bebidas excitantes;* el abuso de los *emenagogos* constituye un peligro todavía más grave.

La *estación bípeda* sostenida demasiado tiempo, los *esfuerzos,* la

equitación, la *marcha* prolongada, el *baile* y hasta la *bicicleta* (1), atraen y localizan las consecuencias de enfermedades lejanas hacia los órganos genitales.

Por último, los *excesos genésicos*, las *impresiones* excitantes y las mismas *afecciones morales* pueden muy bien disminuir la resistencia del aparato sexual á los contragolpes de los sufrimientos del organismo en general. Sobre la importancia y el número de estas múltiples causas podríamos extendernos mucho, pero no hay por qué insistir más sobre el particular.

III

Consideraciones patogénicas

Si en la práctica diaria se plantease siempre el problema con rigurosa sencillez, esto es, síntomas útero-ováricos, aparato genital sano, buscar la influencia causal, la cuestión no sería difícil de resolver, bastando para ello una simple investigación minuciosa. Bien lejos, sin embargo, de presentarse siempre los casos tan definidos y precisos. Dos circunstancias, entre otras, complican singularmente la situación, en términos de que si los accidentes han evolucionado durante algún tiempo, se hace muy difícil dilucidar su verdadera patogenia y deslindar cada una de las causas que intervienen.

En una primera serie de casos, la mujer deja de ser exclusivamente una *falsa uterina* y pasa á ser una *verdadera uterina*, ó mejor entra en un estado híbrido, cuyos síntomas son unos de la falsa, y otros de la verdadera uterina. La matriz no ha quedado inmune de los efectos de los desórdenes lejanos, y á la larga se notan en ella algunas alteraciones. Las congestiones repetidas, las hemorragias y las leucorreas han abierto fácil camino á las infecciones secundarias de diversa índole, y la enferma, que era una falsa uterina, acaba por sufrir de endometritis, salpingitis, desviación, etc.

Otra serie de casos comprende la inmensa mayoría de las enfermas. En esas mujeres, el examen pone de manifiesto á *un mismo tiempo* una *lesión positiva del aparato genital* y una *lesión de otro aparato*. Los síntomas que presentan corresponden unas veces á la enfermedad útero-ovárica, otras á la afección concomitante, combinándose y formando un

(1) Todas estas cuestiones se hallan más extensamente expuestas en el capítulo que trata de la *Higiene de la pubertad*.

conjunto en el que es difícil atribuir exactamente á cada órgano las manifestaciones sintomáticas que le corresponden; además, esos síntomas de diverso origen influyen unos sobre otros, se exageran y guardan cierta dependencia recíproca.

Una mujer uterina y dispéptica viene, por ejemplo, á consultarnos: hallamos en ella una metritis crónica, puerperalidad y al mismo tiempo una afección innegable del estómago que data de mucho tiempo atrás. La enfermedad gástrica no ha podido producir de por sí la metritis crónica y tampoco aquélla puede depender de ésta. Pero los dolores uterinos agravan el estado del estómago, y éste, á su vez, deja sentir su acción sobre los trastornos de la matriz, exacerbándolos. Lo que decimos del tubo digestivo puede perfectamente aplicarse al hígado, riñones, corazón, etc. La terapéutica, sea cual fuere, dirigida á tratar solamente uno de los órganos, resulta ineficaz ó insuficiente, la curación no es duradera, vuelven las recaídas y esta es, en fin, una de las principales causas de los fracasos en ginecología médica ó quirúrgica; después de un tiempo más ó menos largo vuelve la enferma á visitarnos tanto ó más enferma que antes. Si, por desgracia, un estado gástrico, hepático, renal, nervioso, etc., pasa desapercibido ó se resiste á nuestros cuidados, la mujer arrastrará su metritis con alternativas de mal y peor, acusando recaída precisamente cuando se creía libre de todo cuidado. Asimismo la dispéptica no llegará á curar del todo si se abandona la lesión uterina.

Las desviaciones, metritis, dolores uterinos, trastornos de la menstruación que acompañan á la enteroptosis, el riñón flotante, la enteritis mucomembranosa, la fisura del ano, los espasmos del intestino, etc., requieren un tratamiento dirigido á la vez al aparato genital y á algún otro aparato.

No solamente los síntomas se confunden é influyen recíprocamente, sino que muchas veces es también la misma causa la que ha presidido á su aparición; así, por ejemplo, la laxitud de los tegumentos y la relajación de la pared abdominal, consecuencia del embarazo, ocasionarán al mismo tiempo una desviación uterina y un riñón flotante con la serie completa de sus manifestaciones conexas.

CAPÍTULO II

FALSAS UTERINAS Y AFECCIONES DE LAS VÍAS DIGESTIVAS

I

Breve bosquejo histórico

Si intentáramos, antes de exponer los trastornos uterinos consecutivos á las afecciones de las vías digestivas, hacer un resumen histórico de este asunto, nuestra tarea, que sería de las más arduas, se reduciría á una larga enumeración sin ningún interés. Ya Hipócrates hablaba de las metrorragias que se presentan en el curso de las fiebres gástricas, casos que se encuentran citados en gran número en la antigua literatura médica, pero observados sin método ni controversia, y afirmados ó negados con igual obstinación. Un autor, por ejemplo, ha visto coincidir las pérdidas uterinas con la presencia de vermes intestinales, y deduce de ahí que aquéllas dependen de éstos; otro tacha de pueril la suposición de semejante etiología; un tercero combate á los dos primeros, fundándose en que una amenorrea simpática desapareció con la expulsión de una tenia. Y por este tenor se suscitan cuestiones acerca los dolores del estómago, los cólicos y los flujos intestinales que alternan con flujos de la matriz. El examen del aparato genital se practicaba de una manera rudimentaria; la noción de los fenómenos histéricos, neurasténicos y actos reflejos ó inhibitorios faltaba necesariamente, y la mayor confusión reinaba también en los trabajos de los médicos antiguos, que adelantaban muchos hechos sin verdaderas pruebas. Cuando se hizo alguna luz sobre ese asunto, el útero adquirió primeramente un lugar preponderante, y de él dependían todos los accidentes digestivos; la acción inversa tuvo tímidos defensores.

Examinados mejor luego esos fenómenos fueron precisándose, dándose á cada órgano lo que le correspondía, y en estos últimos tiempos el conocimiento de las ptosis abdominales, la enteroptosis, el riñón flotante y el hígado flotante han señalado una nueva fase en el desarrollo de la cuestión.

Los trastornos uterinos y las ptosis abdominales forman un conjunto patológico, que constituye un grupo un tanto independiente; con frecuencia tienen la misma etiología, comienzan simultáneamente y los síntomas andan mezclados de tal manera que es difícil deslindarlos, paralela su evolución, etc. Merecen ser descritos de un modo especial, por lo que dividiremos este capítulo en dos partes.

II

Falsas uterinas y afecciones de las vías digestivas sin visceroptosis

Ante todo repetiremos lo que ya hemos indicado anteriormente, pues nuestra proposición no puede ser más oportuna: la amenorrea tiende á presentarse así que la nutrición general decae, y la reaparición de las reglas es un buen síntoma de pronóstico muy favorable. Es tan manifiesto el predominio de las funciones digestivas sobre toda la economía, que es casi inútil insistir sobre este punto.

Las falsas uterinas consideran equivocadamente á la matriz como la causa primera de fenómenos, cuya verdadera etiología debe atribuirse:

1.° O á un síntoma gastrointestinal común á varias afecciones del tubo digestivo y sin alteración anatómica peculiar;

2.° O á una enfermedad propiamente dicha de las vías digestivas.

Examinemos estas dos hipótesis.

1.° FALSAS UTERINAS Y SÍNTOMAS COMUNES Á DISTINTAS ENFERMEDADES DE LAS VÍAS DIGESTIVAS. — «Conviene tener presente, dice Sneguireff, que desde el punto de vista funcional, los aparatos genital y gastrointestinal son conexos, y recordar también la influencia que sobre el tubo digestivo ejercen la gestación, la menstruación, la ovulación, la endometritis y las afecciones de los ovarios y del peritoneo. Y por el contrario, las afecciones de los intestinos repercuten considerablemente sobre el estado del útero y de sus anexos. El papel del médico en la patología pelviana y abdominal consiste, pues, en saber distinguir la afección primitiva de

la secundaria, tarea á la vez de ciencia y de experiencia. Sea cual fuere, por otra parte, la localización de la afección primitiva, la base del tratamiento será *corregir la constipación* á beneficio de un régimen apropiado.»

A. — **Constipación.** — *La constipación* es el síntoma gastrointestinal que se encuentra casi en todos los reconocimientos. Todas ó casi todas las mujeres están constipadas, pero sobre todo las uterinas falsas ó verdaderas.

Es un hecho muy común que una desviación, una flegmasía periuterina, un hematocele, una salpingitis, un fibroma, etc., determinen mecánicamente la constipación, causa á su vez de toda una serie de fenómenos dispépticos.

Mas la constipación á su vez produce trastornos en el útero sano, y por un círculo vicioso agrava en el útero enfermo los accidentes que han determinado su aparición.

Un autor inglés, Nigel Starck, en una interesante memoria, coloca la constipación crónica y el hábito de apretarse entre las causas más frecuentes de *congestión pelviana*, uterina, ovárica, etc., que ha observado en las mujeres solteras, habiendo tenido ocasión de ver muchos casos de *menorragias* en mujeres jóvenes curadas con la administración de purgantes. Esta observación es muy exacta; una de nuestras enfermas, joven de diez y nueve años, fuerte y robusta, pero algo nerviosa, acudió á nuestra consulta por una dismenorrea muy molesta, cuyos dolores comenzaban con las primeras manifestaciones del molimen catamenial y cesaban desde la aparición de la sangre. Desde hacía algunos meses, la profusión de las reglas iba cada día aumentando, en términos que acabó por ser verdaderamente seria la pérdida menstrual; esta joven, afecta de una rebelde constipación que se veía obligada á combatir con laxantes diarios, no se atrevía á purgarse así que se aproximaba la época menstrual, temiendo provocar una derivación de las reglas y hasta impedir su aparición, y las preocupaciones, fomentadas por los que le rodeaban, la llevaron á creerse amenazada de serios peligros si intervenía al llegar el período catamenial, por anodino que fuese el medio empleado. Tuvimos bastante dominio sobre ella para lograr que se le desvanecieran sus temores y preocupaciones y que tomara una pequeña cantidad de polvo purgante todas las mañanas y sobre todo al aproximarse el momento crítico; los dolores y las hemorragias disminuyeron como por encanto, y en pocos meses todo volvió á su normalidad.

Las *dismenorreas* y las *metrorragias* causadas por la constipación se complican á menudo con una *leucorrea* uterina, vaginal y vulvar muy molesta para las vírgenes, que se resisten al tratamiento, estableciéndose

á la larga un estado de congestión uterina que favorece mucho la aparición de las infecciones secundarias, por cuanto las primeras vías genitales no están siempre rigurosamente limpias. Las *metritis de las vírgenes* sobrevienen á veces después de estas infecciones secundarias, y la *hiperemia ovárica* que sucede á la fluxión pelviana puede conducir á la *apoplejía ovárica* y á la *ovaritis menstrual.*

Y prescindiendo de las jóvenes, muchas son las mujeres que experimentan mayor abundancia de pérdidas blancas cuanto más tenaz es su constipación. Los puerperios sostienen una constipación, que, á su vez, agrava los accidentes genitales.

Tarea á la vez científica y de experiencia, como ha dicho Sneguireff, es el reconocimiento ó investigación de la afección causal; pero ante una falsa ó verdadera uterina una de nuestras primeras preocupaciones ha de ser vigilar las funciones intestinales. Los purgantes ligeros tomados un día, el siguiente y los sucesivos, á despecho de antiguas é inofensivas burlas, constituyen ciertamente muchas veces un sistema recomendable. En el capítulo dedicado al tratamiento volveremos á insistir sobre lo mismo.

B.—**Diarrea.**—La *diarrea* en sí misma y considerada como un síntoma, tiene menos influencia sobre las vías genitales que la constipación. No obstante, cuando la diarrea es de alguna intensidad y sobreviene en la época de las reglas, puede dificultar la evacuación menstrual y *disminuir* el flujo catamenial, hasta el punto de consistir solamente en un líquido apenas coloreado; con todo, un buen número de mujeres, poco antes ó en el momento crítico, acusan una escasa diarrea premonitoria que, lejos de ofrecer inconvenientes, atenúa, por el contrario, los fenómenos generales del molimen menstrual.

Uno de nosotros tuvo ocasión de tratar á una señora por una diarrea muy dolorosa que unas dos horas aproximadamente fué acompañada de extraordinaria menorragia; durante algunos momentos la sangre salía como si fuera una pérdida consecutiva á un parto; nunca más, ni antes ni desde entonces, ha presentado la enferma fenómenos parecidos. Por lo demás, esta pérdida sanguínea pudo detenerse con facilidad.

Los autores antiguos señalan el abuso de los *purgantes acres* entre las causas de *metrorragias* y nosotros consideramos el áloes como un emenagogo.

Acontece también que la *leucorrea* sucede á veces á la desaparición de la diarrea, observándose mujeres, sobre todo de alguna edad, en que el flujo leucorreico parece alternar con el aumento ó disminución de otro flujo (hemorroidal por ejemplo), y especialmente el flujo intestinal.

C.—**Dolor.**—El *dolor*, las crisis dolorosas, gastralgias, enteralgias, etc., ¿pueden en los momentos de paroxismo repercutir sobre las funciones uterinas? Nos inclinamos por la afirmativa, por su analogía con los demás sufrimientos, pero no nos es posible demostrarlo.

Mas el dolor basta por sí solo para constituir una clase muy interesante de falsas uterinas, que localizan sin razón en el aparato genital los síntomas que experimentan, alarmándose de un modo extraordinario por el más leve trastorno de la menstruación. Armand Siredey ha visto enfermas que atribuían á una enfermedad de la matriz los dolores y molestias que les producían la fisura del ano ó distintas lesiones pelvianas: Una de nuestras enfermas refería á un fibroma accesos muy penosos que no eran en realidad más que crisis gástricas; y en otra ocasión vacilamos mucho para formular el diagnóstico en una mujer enviada á Beaujon como afecta de salpingitis; más adelante pudimos comprobar que se trataba de un espasmo del intestino grueso á nivel de la S iliaca. En tales casos es muy posible equivocarse al hacer el diagnóstico, y algunas veces es á todos muy difícil poder evitar la confusión.

D.—**Vómitos.**—Nada podemos decir en concreto sobre la influencia de los *vómitos*. En la literatura médica se citan casos de mujeres que en la pubertad ó en la menopausia ó en estado amenorreico durante la vida genital, presentaban *hematemesis* periódicas y en relación con el molimen catamenial; unas habían sufrido anteriormente trastornos gástricos, pero en otras la hematemesis no provenía de ninguna lesión orgánica, sino que eran enfermas neurópatas, histéricas ó neurasténicas. Los casos raros y especiales descritos con el nombre de menstruación desviada, sólo de lejos tienen relación con el objeto de nuestro estudio, puesto que no tienen analogía, en el sentido estricto de la palabra, con las falsas uterinas. Lo mismo puede decirse de la *melena*.

E.—**Timpanismo.**—Mucho mayor interés y utilidad tiene el conocimiento de las causas de error que pueden depender del *timpanismo*. Sneguireff hizo ya notar que «no debe considerarse el abultamiento del vientre, la timpanitis y los dolores de ello resultantes, que se observan sobre todo en el período menstrual, como afecciones uterinas ú ováricas.»

F.—**Tumores fantasmas.**—Con el nombre de *tumores fantasmas*, Pichevin ha escrito un capítulo de los más curiosos. Se trata, dice este autor, de una contractura ó rigidez de la pared muscular desarrollada en una mujer nerviosa que presenta un punto histérico histerógeno; otras veces, el timpanismo simula un verdadero tumor liso, redondeado, que nos induce á creer en la posible existencia de un quiste ovárico, por ejemplo; en algunos

casos ha podido también ser causa de error la distensión del intestino por gases y materias fecales, ó un tumor fecal aislado, acompañados de molestias abdominales. Pichevin recomienda que, si es necesario, se recurra á la cloroformización para salir de dudas en el caso que tenemos que diagnosticar, siendo de rigor, además, la percusión y la palpación; en una palabra, el examen más metódico posible de la enferma. Un caso, sin embargo, á pesar de todas estas precauciones, dejó á uno de nosotros en la mayor perplejidad: se trataba de una señora joven, enferma de un fuerte ataque de grippe, de ordinario mal reglada y siempre muy constipada, á quien en la convalecencia de la enfermedad le sobrevino amenorrea; un día se figuró que su abdomen aumentaba de volumen, que estaba embarazada, descubriéndose á su examen en la región hipogástrica y algo á la derecha, un tumor resistente, redondo, sin abolladuras, que no era, con seguridad, la vejiga distendida; el cuello uterino no presentaba ninguna modificación, no se pudo apreciar claramente el fondo del útero y los movimientos que se imprimían á la masa del tumor parecían transmitirse al cuello uterino. Se convino en practicar un nuevo reconocimiento; pocos días después, en una de las siguientes visitas, el tumor, mucho más disminuído, ya no molestaba á la enferma, por lo que cesó de preocuparse de él y de consultarnos por este motivo.

2.° **FALSAS UTERINAS Y ENFERMEDADES DE LAS VÍAS DIGESTIVAS PROPIAMENTE DICHAS.**—A.—**Empacho gástrico.**—Muy escasa es la influencia que el *empacho gástrico* tiene sobre el órgano uterino, pues al tratar un empacho gástrico ab ingesta, un empacho gástrico febril ó una infección gastrointestinal ó una tifoidea, todo lo más que observaremos son al principio *ligeras epistaxis uterinas* y en la época de la convalecencia un *retardo* ó *disminución* en la abundancia de la sangre menstrual.

B.—**Úlcera del estómago.**—La *úlcera del estómago* tiene ya muy distinta importancia para el objeto de nuestro estudio, pues es tan frecuente la existencia simultánea del ulcus y de los trastornos menstruales, que una teoría largo tiempo en boga atribuía el origen de la úlcera á la amenorrea, creyendo Brinton que era del caso discutir extensamente la cuestión de si «es la amenorrea la que determina la úlcera ó la úlcera la causa productiva de la amenorrea.» En términos muy categóricos Brinton se decidía por la negativa respecto á la primera de estas cuestiones, queriendo demostrar que *la úlcera es la causa de la amenorrea.* En la actualidad ya no se discute esta cuestión, siendo absoluta la unanimidad de pareceres. Anemia, neurastenia, alimentación defectuosa, actos reflejos, cualquiera que sea la causa, en la mayoría de los casos, como dice

Brinton, la disminución ó supresión de las reglas es uno de los fenómenos más sobresalientes. «Sin embargo, añade este gran observador, hay mujeres que continúan menstruando con regularidad; *algunas experimentan verdaderas pérdidas*. En otras hay más bien retardo que supresión ó interrupción en la aparición de las reglas.» Las metrorragias constituyen en efecto curiosas excepciones.

A su vez la menstruación tiene gran importancia (Mathieu) sobre la evolución de la úlcera redonda, y hemos visto por nuestra parte crisis dolorosas del estómago exacerbarse en la época del flujo catamenial. La amenorrea ha sido acusada algunas veces de favorecer una desviación menstrual en forma de reglas desviadas ó suplementarias; si bien el autor inglés no ha citado ni una sola observación auténtica de este hecho (y le había de ser difícil, admitiendo que no existe á menudo relación entre la fecha de la hemorragia y el período menstrual), nosotros hemos presenciado casos que pudieran, al parecer, admitirse como indiscutibles.

C.—**Cáncer del estómago.**—De todos es sabido que el *cáncer del estomago* suspende la menstruación á medida que la enferma va entrando en la caquexia y algunas veces también muy al principio.

D.—**Dispepsias.**—Hablemos ahora de las *dispepsias*.

En este capítulo vamos á ocuparnos de un asunto muy delicado y difícil de exponer.

Si se abren los tratados de patología especial ó general, no se hallará uno siquiera que no considere «los trastornos dispépticos» como una consecuencia inevitable de las enfermedades de los órganos genitales. Si una mujer cualquiera se queja de peso en el estómago, acideces y flatulencias, el médico encuentra indefectiblemente una ligera erosión del cuello uterino, algunas pérdidas blancas. No hay que molestarse, pues, con largas averiguaciones, pues la explicación de los dolores gástricos es muy sencilla; hay metritis y debe intervenirse en consecuencia; este precepto es por cierto bastante antiguo.

Por nuestra parte, no vamos á incurrir en una exageración sistemática en sentido inverso, pues sería realmente pueril declararnos contrarios y negar absolutamente una afirmación tan unánime, que es, por lo demás, en gran parte exacta y verdadera.

Nuestra pretensión es mucho más modesta; tiende á dejar sentado que muchas mujeres sufren á la vez de la matriz y del estómago, y que no curan ó caen de recidiva en recidiva, mientras la terapéutica se concreta á ser puramente ginecológica, proponiéndose sólo curar el útero. Además, en algunas de estas enfermas los desórdenes genitales desaparecen comple-

tamente á consecuencia de un tratamiento dirigido tan sólo contra los trastornos dispépticos.

A la excesiva preocupación de los operadores por la lesión uterina, se debe que las enfermas vuelvan al cabo de algún tiempo con las mismas molestias y dolores, á pesar de los raspados que se les ha hecho y de las diversas intervenciones ginecológicas. No queremos decir con esto que esas intervenciones sean inútiles, sino que, de no completarse con otros tratamientos, han de resultar á menudo ineficaces ó constituir un tratamiento incompleto. Hemos visto practicar la histerectomía en una señora de cuarenta y cinco años, habiéndose acentuado todavía más sus molestias; las crisis gástricas, que no fueron bien deslindadas en medio del complejo sintomático, se exacerbaron después de la operación.

En la práctica tres son los casos bien limpios que se ofrecen á nuestra consideración:

a) Útero primitivamente enfermo; trastornos dispépticos indudablemente secundarios.

b) Accidentes del útero y del estómago que se inician á la vez, simultáneamente, á consecuencia de un parto, por ejemplo, reaccionando luego entre sí.

c) Trastornos del estómago indiscutiblemente anteriores, que provocan por sí solos trastornos uterinos ó agravan una afección genital intercurrente.

¿Podemos colocar en línea correlativa formas de dispepsia y trastornos uterinos y establecer una relación regular y ordenada entre ciertas formas de dispepsia y determinados trastornos uterinos?

De ningún modo.

Hemos examinado bastantes mujeres, cuyo número no podríamos precisar, pero en *noventa* casos las observaciones han sido detenidas.

La mitad, exactamente 44 entre 90, presentaban el tipo definido, perfecto, de la hiperestenia gástrica con hiperclorhidria; la otra mitad comprendía hiposténicas con hipoclorhidria, dispépticas de quimismo variable, enfermas cuyo jugo gástrico ofrecía una clorhidria casi normal, pero con ácidos de fermentación en cantidad más ó menos considerable, úlceras redondas, gastritis ulcerosas, alcohólicas, etc.

Este marcado predominio de la *hiperestenia gástrica con hiperclorhidria* en las uterinas, depende de dos causas. Desde luego es en general, independientemente de toda consideración ginecológica, la forma más común de dispepsia en las mujeres y también en los hombres. Aparte de sus manifestaciones gástricas, tiende á obrar sobre el aparato genital,

determinando dos complicaciones, una por lo menos casi inevitable, la constipación, y después la enteritis mucomembranosa, cuyo papel y consecuencias veremos más adelante. La hiperestenia gástrica produce vivos dolores, localizados é irradiados, á los que vienen á añadirse los sufrimientos debidos á la constipación crónica, á la enteritis mucomembranosa, y también á las afecciones de la matriz ó de los anexos. En el período de la menstruación, las crisis gastrointestinales se exacerban con una intensidad ó agudez que agrava periódicamente el estado de la desgraciada enferma. Y cuanto peor está el estómago, más duraderos son los trastornos uterinos, se eternizan y aumentan. Todo el abdomen está dolorido, y ni la enferma ni el mismo médico saben apreciar con exactitud cuál es el órgano más atacado que preside á todos los síntomas. La neurastenia viene á añadirse, con su cortejo de palpitaciones, disnea, vértigos; las enfermas flacas y pálidas tienen una fisonomía especial, y durante mucho tiempo se consideró la clorosis como una de las consecuencias remotas de las enfermedades genitales.

Ese porvenir tan sombrío hay que reservarlo para los casos extremos; afortunadamente, podemos detener los accidentes antes que alcancen ese grado, si es que su evolución no presenta ya de sí una marcha más tranquila.

La hipostenia gástrica con hipoclorhidria, y también una verdadera *anaclorhidria*, ausencia completa de ácido clorhídrico libre, se ha observado en varios de nuestros casos. Algunas veces los trastornos uterinos son manifiestamente posteriores á las alteraciones del estómago; con mayor frecuencia los síntomas fatigosos, molestos y el malestar general, se atribuyen equivocadamente á una afección uterina, debido á que una ligera dismenorrea, una pérdida ó un retardo en la aparición de las reglas, la leucorrea ó una erosión insignificante llaman demasiado la atención hacia la matriz, desviándola de la verdadera causa de los sufrimientos. Una señorita de treinta y cinco años, neurasténica poco avanzada, había sufrido primero una dilatación del conducto uterino; después, en Italia, se le practicó el enderezamiento de una desviación uterina, y un tercer médico, en Francia, la trató por un riñón movible. No logrando mejorarse con ninguno de esos diversos tratamientos, consultó á uno de nosotros, encontrándole los síntomas de una hipostenia gástrica y una gran disminución de los cambios orgánicos; la orina contenía solamente en cada veinticuatro horas 7 gramos de urea y $0^{gr},77$ de ácido fosfórico. La terapéutica, instituída de conformidad con el nuevo diagnóstico, le proporcionó un alivio progresivo, y si no la ha curado del todo, le ha dado un bienestar á que no estaba acostumbrada.

Un reducido número de mujeres á quienes hemos podido ver en distintas ocasiones y analizar su jugo gástrico repetidas veces, nos han presentado distintas reacciones y un *quimismo variable;* algunas eran verdaderas neurópatas, y de tomarse en estos casos al pie de la letra los resultados del laboratorio para formular y cambiar el tratamiento, se correría grave riesgo de equivocar el camino y andar á tientas por exceso de análisis é investigaciones. Al contrario, en dos mujeres que ingresaron en el hospital por metritis crónica, una hipoclorhidria franca cedió paulatinamente y pudimos notar la reaparición del ácido clorhídrico libre; de modo que después de una residencia bastante prolongada en nuestras salas, su jugo gástrico se aproximaba al normal; la variación del quimismo denotaba mejoría.

Las *acideces de fermentación* se observan casi siempre con hiperestenias y frecuentemente también con hipostenias. Pero hemos podido igualmente comprobarlas en verdaderas ó falsas uterinas cuyo CLH libre y CLH combinado estaban en cantidad normal; entonces es muy frecuente el caso de que cierto grado de ptosis abdominal vaya asociado á una desviación de la matriz. Hemos hablado anteriormente del ulcus, más adelante diremos algo de las gastritis.

Las más opuestas ó contrarias formas de dispepsias van acompañadas de trastornos uterinos que se presentan sin ninguna regularidad, sucediéndose unos á otros, sin que, al parecer, ninguna ley presida á su aparición. Una hiperesténica, por ejemplo, conservará su menstruación normal y será atacada de amenorrea ó de metrorragia, y á su lado otra enferma, con síntomas gástricos sensiblemente idénticos, presentará fenómenos genitales del todo distintos. Esto es lo que nos parece resultar de nuestras observaciones.

Por orden de frecuencia, lo que se observa más á menudo es la amenorrea, después la dismenorrea y por último las pérdidas hemorrágicas. Merecen consideración aparte la leucorrea con la congestión útero-ovárica y la metritis crónica.

La *amenorrea* es de regla en el período avanzado, caquéctico, de todas las dispepsias. Siendo la menstruación abundante antes de sobrevenir la enfermedad del estómago, la amenorrea se establece de una manera progresiva, por una disminución del flujo sanguíneo primero, seguida de retardos, hasta desaparecer, por último, temporalmente y luego de un modo permanente la evacuación menstrual. Sin embargo, son frecuentes también los casos en que la amenorrea se instala bruscamente ya desde las primeras manifestaciones de la dispepsia. El retorno de las reglas se obtiene con la mejoría de la enfermedad primera, y su persistencia

constituye un indicio seguro de curación. Nosotros hemos tratado á una señorita de treintitrés años que llevaba dos con amenorrea; se trataba de una hiposténica caquéctica, cuyo jugo gástrico tenía una acidez total de 1gr,2 solamente, no contenía CLH libre, pero sí ácidos de fermentación en bastante cantidad. En su orina encontramos 43 gramos de urea en veinticuatro horas. Muy flaca y extenuada, el 28 de Noviembre de 1896 no pesaba más que 37 kilogramos. Merced á la influencia del tratamiento y del régimen, su peso fué aumentando paulatinamente; el 14 de Diciembre del mismo año pesaba ya 39 kilogramos 300 gramos; el 8 de Febrero de 1897, 46 kilogramos, reapareciendo en este día las reglas que faltaban hacía ya dos años. El 27 de Abril de 1897 vimos á la enferma por última vez; pesaba entonces 47 kilogramos 700 gramos, y las reglas continuaban periódicamente.

La *dismenorrea*, de intensidad muy variable, determina á veces en las dispépticas una ovulación defectuosa, un molimen catamenial penoso, de lenta terminación, como en muchos estados patológicos que deprimen las fuerzas de la economía.

Varias mujeres nos han indicado que en los meses que sufrían crisis gástricas, las reglas, que eran más difíciles y tardaban más en establecerse, iban precedidas de molestias y sensaciones pelvianas desacostumbradas. En otras enfermas la dismenorrea depende de una viva congestión útero-ovárica, y en este sentido hemos hecho resaltar el papel importante de la constipación. La ovaralgia se señala en varios diagnósticos y las neurópatas acusan dolores topoálgicos que por ningún medio se logra aliviar.

Las *pérdidas hemorrágicas* constituyen un síntoma cuya frecuencia es difícil precisar en las dispépticas cuya matriz permanece sana. Nos parecen bastante raras. De ordinario la menstruación comienza por presentar grandes irregularidades: una señora de veinticinco años, hiposténica con acideces de fermentación, unas veces tenía las reglas dos veces al mes, otras se quejaba de retardos de tres semanas, siendo siempre muy escaso el flujo sanguíneo; por el contrario, una hiperesténica con hiperclorhidria permanente (á la verdad afecta al mismo tiempo de riñón movible), después de interrupciones en la menstruación que le duraban dos y tres meses, presentaba metrorragias intermitentes de un mes ó más de duración.

La *menorragia* sucede ordinariamente á la *congestión útero-ovárica;* la *metrorragia*, es decir, el flujo durante el período intercalar, apenas sobreviene de no existir endometritis. El 10 de Marzo de 1892 acudió á nuestra consulta una señora joven de veintidós años á quien se quiso

practicar el raspado; estaba muy alarmada por una leucorrea intensa y hemorragias que se atribuían á la hiperemia ovárica. La enferma hacía ya unos diez y ocho meses que sufría de hipoclorhidria. La terapéutica que prescribimos se dirigía exclusivamente al estómago, tardándose mucho en obtener resultado; el 5 de Diciembre de 1892 sobrevinieron nuevas metrorragias, y el 16 de Noviembre del siguiente año observamos todavía un intenso catarro uterino, y sólo hasta el 28 de Mayo del 1894, no pudimos obtener una gran mejoría en todos los síntomas.

La *leucorrea* es, en efecto, tan general en las dispépticas, que no podríamos quizá citar un solo caso en que no la hayamos observado en mayor ó menor grado. Existen mujeres en las que la leucorrea sigue perfectamente las variaciones del estado gástrico. Muy frecuentemente también va asociada á la *metritis*, y lo mismo sucede respecto de las hemorragias y de la dismenorrea.

Ese es un punto de capital importancia: las alteraciones del estómago evolucionan muchas veces simultáneamente con una lesión del útero y las dos afecciones marchando juntas se influyen recíprocamente; es un verdadero círculo vicioso, y si la terapéutica se limita á practicar un buen raspado de la cavidad de la matriz y á tratar la metritis por todos los medios posibles, ó fracasará ó los resultados que se obtengan serán sólo temporales.

Inversamente y para ser justos hemos de decir que si se descuida la matriz entre los cuidados que se dan á una dispéptica, se corre gran riesgo también de obtener una débil curación ó de escasa duración; nos exponemos á ver comenzar de nuevo las crisis gástricas á la primera manifestación de los accidentes genitales.

E. — **Gastritis.** — Las *gastritis* intervienen en la patología del aparato sexual del mismo modo que las dispepsias ó las intoxicaciones; los detalles acerca la influencia que ejercen estas últimas se expondrán en el capítulo que trata del alcoholismo.

F.—**Cáncer del intestino.**—*El cáncer del intestino* puede simular un tumor uterino ó periuterino; no insistiremos sobre este diagnóstico, pues basta la simple indicación.

G. — **Diversas afecciones peritoneales.** — Otros tumores de curso rápido pueden inducir á error al médico más prudente: Pablo Delbet tomó por una salpingitis supurada un *epiploon dislocado* apelotonado en la mitad izquierda de la pequeña pelvis, que formaba una masa voluminosa; el estómago, muy dilatado por las adherencias, llegaba á nivel del pubis. Las *peritonitis enquistadas*, sea cual fuere su naturaleza, tuberculosa, etc., los *quistes* del mesenterio, de la pelvis, etc., reclaman un examen minu-

cioso y metódico, que no siempre resulta suficiente. Citaremos también por vía de recuerdo *el flemón de la cavidad de Retzius.*

H.—**Apendicitis.**—La *apendicitis* es sin disputa, de todos los tumores abdominales de evolución aguda, el de diagnóstico á veces más dificultoso y siempre el de mayor importancia. Se ha dado el caso, que se repetirá otras veces, de creer intervenir por una salpingitis y encontrarse con un apéndice y viceversa. En el mes de Marzo, una desgraciada enferma ingresó en nuestra clínica de Beaujon con síntomas de peritonitis aguda; al discutirse la operación que se creía necesario practicar, aun vacilábamos acerca la causa de esta peritonitis, dudando entre una causa intestinal, cecal y una flegmasía periuterina; la discusión no era puramente teórica, puesto que se trataba de dar salida al pus por la vía vaginal.

Pichevin insiste y con justo motivo *sobre la apendicitis de forma pelviana*, puesto que, en el 20 por 100 de los casos, el apéndice está alojado en la pequeña pelvis y su inflamación, añade dicho autor, puede propagarse á los anexos, no sólo por contigüidad, sino también por continuidad de los tejidos, ya exparciéndose por la pequeña pelvis detrás del peritoneo, ya llegando hasta el ovario y la trompa por intermedio de la vía linfática. A estas apendicitis asociadas á la tuboovaritis, Kruger añade otra serie de casos referentes á las afecciones de los anexos sobrevenidas en el curso ó consecutivamente á una operación practicada por una peritiflitis. Mas la coexistencia de las dos lesiones no constituye una falsa uterina; y el error de atribuir á una salpingitis fenómenos que dependen de una apendicitis desconocida es el que nos interesa especialmente. Además, el curso clínico, los antecedentes y el predominio de los trastornos menstruales en un caso, los accidentes intestinales en el otro y la bilateralidad frecuente de la salpingitis, servirán para establecer el diagnóstico. Este, dice Pichevin, acaba siempre por hacerse, pero con la condición de no precipitarse, lo que redunda en beneficio del enfermo, puesto que en los primeros días es preferible una «abstención armada».

I.—**Enteritis.**—No hay porque insistir demasiado sobre la acción de las *enteritis* en general, después de lo que hemos dicho referente al dolor y la diarrea. Galliard, en una comunicación á la Sociedad Médica de los hospitales, ha referido un caso muy curioso de *sigmoiditis aguda* que habiendo provocado metrorragias, pudo ser tomada por una salpingitis.

La *enteritis mucomembranosa* ha de ocupar algo más nuestra atención. La relación de las deyecciones glerosas, mucomembranosas, con las enfermedades de la matriz, indicada ya por Nonat, Bernutz, Goupil, Siredey, y estudiada también en nuestros días, ha sido interpretada de muy diversas maneras. Se ha atribuído á:

a) Causas mecánicas de origen genital que comprimen el intestino y determinan un estado de constipación crónica;

b) Causas infectivas propagadas por las extensas comunicaciones de los linfáticos vaginouterinos con los linfáticos del recto.

Pero aparte de estos casos y de aquellos en que la afección uterina y la colitis son manifestaciones ó complicaciones conexas de las ptosis viscerales y del relajamiento de la pared abdominal, existen otros en que la enteritis glerosa tiene indudable resonancia sobre el aparato genital. Con los accesos de colitis coinciden fenómenos de *congestión uterina, de catarro, leucorrea abundante, dismenorrea* y *metrorragias*. Nuestro maestro Empis ha visto casos de accesos de colitis *alternar* con fluxiones dolorosas del ovario y del útero, así como también del ano, vejiga y riñones, si bien es verdad que para dicho autor el estado neuropático es el que predomina y rige estos distintos accidentes.

Se han citado también casos de *dismenorreas pseudomembranosas* que han sobrevenido en mujeres afectas de colitis pseudomembranosa. Algunos autores han pretendido demostrar que existe estrecho parentesco entre estas dos producciones uterina é intestinal, que son de igual naturaleza y que reconocen una misma causa. No lo creemos así, pues la diferencia, bien demostrada, de su estructura histológica bastaría por sí sola, á falta de otro argumento, para combatir la hipótesis. Una sola vez hemos notado esta coincidencia; la marcha de los accidentes presentaba las mejores circuntancias para convencernos; puerperalidad, después metritis crónica con retroflexión y al cabo de algún tiempo dismenorrea pseudomembranosa. La retroflexión y la metritis determinan y exacerban una constipación de las más rebeldes, y pasados largos años del comienzo de los síntomas genitales y de la dismenorrea, aparecen las deyecciones glerosas y después mucomembranosas. Existe, pues, relación de causa ó efecto, pero no pueden considerarse como una misma expresión de una entidad morbosa.

J. — **Vermes intestinales.** — Nos queda por tratar muy ligeramente la influencia de los *vermes intestinales,* que pueden determinar amenorreas simpáticas, dismenorreas, pérdidas curadas merced tan sólo á la medicación antihelmíntica; Désormeaux cita un caso de metrorragia en una niña de ocho años. No olvidemos tampoco el papel que desempeñan la neurastenia y el histerismo.

La alternancia de las *fluxiones hemorroidales* y de las congestiones genitales es más evidente; en vez de suplirse ó sustituirse, se manifiestan las más de las veces simultáneamente. Diremos, para terminar, que Pozzi ha visto un caso de *pólipo del recto* que simulaba una metritis.

III

Falsas uterinas y ptosis abdominales

1.° ESTUDIO ETIOLÓGICO —No debe sorprender el encontrar en este capítulo, que trata de las afecciones de las vías digestivas, el *riñón flotante,* pues si prescindiéramos ahora de la historia de las falsas uterinas por nefroptosis para ocuparnos de ellas en el capítulo de las enfermedades renales, no podríamos evitar repeticiones y sería preciso comenzar de nuevo una exposición en la que se confunden y mezclan entre sí la etiología y los síntomas del *riñón flotante* y de la *enteroptosis,* al paso que se manifiestan trastornos genitales cuya significación é importancia engaña con frecuencia á médicos y enfermos.

Tampoco hemos de generalizar demasiado, pues la enteroptosis y el riñón flotante no van siempre necesariamente unidos.

La enteroptosis es muy frecuente en las falsas uterinas, cosa que Glénard ha tenido el mérito de poner en evidencia: «Yo prescindo, dice, de la exploración del útero en mis enfermas, y en unas 700 mujeres que he tratado, quizás no he practicado veinte tactos, ni he aplicado más de tres veces el espéculum. La mayoría, sin embargo, presentaban síntomas que se ha convenido en atribuirlos al útero. Ahora bien, de los síntomas subjetivos que se creen uterinos, la mayor parte (dolores, debilidad de riñones, agotamiento, lasitud, pérdidas blancas) no son signos de afección uterina, y si ésta existe, las más de las veces es secundaria.» Lo dicho encierra una verdad clínica indiscutible, si bien Glénard incurre en alguna exageración, pues el papel de la enteroptosis comprendido de este modo sería demasiado predominante.

La importancia de la ectopia renal ha llamado la atención desde hace mucho tiempo á buen número de observadores. Además de Lancereaux, que señaló la frecuente coexistencia de una afección útero-ovárica y del riñón flotante, cabría citar á muchos otros autores; pero en la traducción de Bennett encontramos una nota de Michel Peter digna de mencionarse:

«Bennet, dice Peter, se limita á mencionar los errores que pueden resultar de tomarse la metritis por otra afección distinta. Pero hay una enfermedad, ó mejor una simple ectopia, que es capaz de simular la metritis; nos referimos al *riñón movible.* M. Walther, sabio médico de Dresde, jefe del hospital y que examina la situación de los riñones de

todas las enfermas que ingresan en su clínica, ha comprobado la extraordinaria frecuencia de la movilidad anormal de esos órganos. Las más de las veces no existe ningún síntoma correlativo; pero en algunos casos ha visto que esa movilidad daba lugar á síntomas que simulan la metritis, tales como pesadez, dolores lumbares é hipogástricos. — Cuando hay al mismo tiempo leucorrea y trastornos menstruales se explica la posibilidad de la confusión. En tales circunstancias, saldremos de dudas practicando el examen directo del útero y de los riñones (comunicación oral).» La historia completa de las falsas uterinas por ptosis renal se encierra en esas pocas líneas tan demostrativas.

En 1892, Thiriar, de Bruselas, emprendió de nuevo este asunto, insistiendo de una manera más categórica y de un modo más completo: «En 1888, por vez primera tuve ocasión de buscar las relaciones que pudiesen existir entre el riñón movible y las afecciones del aparato genital de la mujer. Se trataba de una enferma que de mucho tiempo sufría diversos trastornos uterinos que le habían determinado una verdadera caquexia. Encontré en ella un riñón movible, y antes de proceder al raspado del útero, practiqué la nefropexia. Esta operación bastó para que en poco tiempo desaparecieran todos los trastornos que acusaba por parte de la matriz (pérdidas mucopurulentas, menstruación irregular y dolorosa, etc.).

»Desde entonces, he tenido buen cuidado de examinar siempre las regiones renales de las enfermas con afecciones útero-ováricas, examen que muchas veces me ha permitido descubrir el origen de esas alteraciones en forma de riñón dislocado.

»Se desprende de mis observaciones, que la ectopia renal existe en el 20 por 100 por lo menos de los casos de afecciones del aparato genital de la mujer.»

Pichevin llega á la misma conclusión: en gran número de enfermas que se creían atacadas de una afección del útero ó de sus anexos, el riñón era la única causa de los accidentes. Con mayor frecuencia todavía ha encontrado asociadas la ectopia renal y la enteroptosis.

A nuestro parecer, la asociación de la ectopia renal y de la enteroptosis en las falsas uterinas no es más frecuente que la enteroptosis sola; esta divergencia de criterios depende quizá únicamente del grado de ectopia que implica la manifestación del riñón flotante. Esto tiene por lo demás poca importancia; la nefroptosis y la enteroptosis, ya existan aisladas ya combinadas, determinan en el aparato genital accidentes enteramente análogos.

Forzosamente ha de ser así.

Examinemos las causas de las relaciones patológicas del útero, del riñón y del tubo digestivo.

Según opinan muchos autores, las enfermedades del aparato genital determinan la aparición del riñón movible. Desde Becquet, que indicó la existencia de la fluxión renal en cada época menstrual, se admite que esta fluxión periódica ocasiona con el tiempo la dislocación del riñón separándolo de su normal situación; Lancereaux insiste sobre la influencia que tienen las desviaciones, caídas, flegmasías uterinas y ovaritis para favorecer la nefroptosis.

Esa etiología era aceptada unánimamente y parecía indiscutible, hasta que Thiriar vino á cambiar los términos de la cuestión. «Dada la frecuencia de la simultánea existencia de las dos afecciones uterina y renal, cabe preguntarse qué relaciones tienen entre sí y qué influencia ejercen una sobre otra. Hasta el presente se había creído que la afección genital era la que producía la dislocación del riñón, pero los casos que hemos observado contradicen abiertamente esta interpretación, pues todo demuestra lo contrario, que la *movilidad del riñón es la causa inicial* de muchas afecciones del aparato genital de la mujer, sobre todo de muchas metritis y salpingitis.

»En efecto, con sólo fijar el riñón por medio de la nefropexia ó por cualquier medio ortopédico se logra frecuentemente hacer desaparecer algunas de esas afecciones. Estas no se curan nunca si se desconoce la existencia del riñón movible.

»Además, en los casos en que hemos interrogado de un modo especial á las enfermas, nos hemos convencido de que *siempre* la movilidad del riñón había precedido á las manifestaciones útero-ováricas. En estas enfermas, el cuadro sintomático de la ectopia renal es el que abre ordinariamente la marcha y sólo más tarde comienzan á manifestarse la serie de síntomas que denotan una alteración genital.

»Fácil es, por lo demás, dar una explicación satisfactoria de esta marcha en los síntomas y las complicaciones. Siempre que existe un riñón movible, el aparato genital de la mujer es y debe ser especialmente vulnerable.

»En los plexos nerviosos y en la circulación hay que buscar la explicación de esta vulnerabilidad.

»Según opinión de Chrobak, podemos lógicamente atribuir los desórdenes nerviosos uterinos á una irritación del plexo ovárico, anastomosado, como es sabido, con el plexo renal, cuya distensión resulta casi necesariamente de la dislocación del riñón.

»El riñón dislocado, ese tumor fisiológico, mantiene además casi

constantemente una intensa congestión en el aparato genital de la mujer.

»Esta congestión, unida á los trastornos nerviosos, es una condición que favorece extraordinariamente la infección del útero y de sus anexos.»

Así, pues, el estasis sanguíneo y los trastornos nerviosos de la matriz tienen por punto de partida el riñón movible y la infección sobreviene consecutivamente.

Los casos expuestos por Thiriar son muy claros, pero el profesor de *Bruselas* comete el error de generalizar de un modo demasiado exclusivista. Nosotros hemos visto casos que confirman su teoría. A principios de año ingresó en nuestra clínica de Beaujon una joven virgen afecta de esos accidentes que se denominan «estrangulación de un riñón movible;» tuvimos ocasión de seguir por largo tiempo el curso de los fenómenos, así como observar trastornos menstruales seguramente posteriores y consecutivos á la nefroptosis. A pesar de esto, no creemos que ocurra siempre lo mismo, pues la proposición inversa nos parece igualmente indiscutible; hay, en efecto, mujeres en que la matriz y los anexos son los primeros en entrar en escena, determinando luego la ectopia renal. Más adelante diremos que nos hallamos en un verdadero círculo vicioso y que en la clínica diaria los dos órganos reaccionan uno sobre otro simultáneamente.

Idénticas consideraciones cabría hacer respecto de la enteroptosis; es indudable que en muchas enfermas la enteroptosis precede á los trastornos uterinos, provoca su aparición ó los exagera cuando ya existen, y la razón de esto es tan evidente, que no hay para que detenerse en una demostración por nadie hoy discutida.

Mas vemos también con frecuencia que los accidentes uterinos, la enteroptosis y el riñón flotante comienzan simultáneamente y reconocen la misma causa. Una mujer vino á consultarnos por lo que ella llamaba accidentes de la puerperalidad, y en efecto, después de un parto y al cabo de un tiempo variable, presentó pérdidas blancas, dolores abdominales y trastornos dispépticos; estos síntomas, poco acentuados al principio, se fueron agravando progresivamente, sin que supiese precisar cuál fué el primero en manifestarse. Al examinarla, encontramos una metritis con cierto grado de desviación uterina y de enteroptosis, y con bastante frecuencia también observamos una dislocación del riñón derecho. La enferma tenía razon; los partos determinaron todos esos accidentes.

Las causas de la enteroptosis, según Landau, son principalmente los relajamientos post-puerperales de la pared abdominal; á esta distensión de la faja abdominal se añade «el relajamiento del aparato músculo-ligamentoso que sostiene el útero y el del suelo de la pelvis,» y se comprenderá

porque la metritis, la desviación uterina y el prolapso del intestino y del riñón dependen de la misma causa, comienzan á un mismo tiempo y forman una especie de conjunto patológico. Aislar uno de los factores en este complexo para atribuirle la patogenia de todos los fenómenos, es hacer un trabajo esquemático é inexacto. El riñón reacciona sobre el tubo digestivo y sobre el útero y recibe el contragolpe de los sufrimientos de éstos, como también el útero sufre la influencia del riñón y del aparato digestivo repercutiendo á su vez sobre ellos, etc., etc. Esta mezcla ó conjunto sintomático se complica con otros síntomas, tales como la constipación crónica, la enteritis mucomembranosa, cólicos infrahepáticos, congestión del hígado, etc., dependiendo todo de la puerperilidad.

2.° **CLASIFICACIÓN DE LAS FALSAS UTERINAS CON PTOSIS ABDOMINALES.**— Podemos resumir los distintos casos de falsas uterinas de la siguiente manera:

Enteroptosis aislada	Órganos genitales sanos.		1.° Síntomas abdominales que se atribuyen equivocadamente al útero sano y que no tienen nada de común con dicho órgano.
Nefroptosis aislada			2.° Síntomas genitales (dolores, trastornos menstruales, etc.), estando sanos el útero y los anexos.
Enteroptosis y nefroptosis asociadas	Útero enfermo. . .	Metritis desviaciones uterinas prolapso del útero	3.° Ptosis que coexisten con las lesiones del útero y de los anexos; mezcla y recíproca agravación de los síntomas.
	Anexos enfermos..	Ovaritis salpingitis peri- metrosalpingitis	4.° Ptosis que provocan lesiones del útero y de los anexos.
	Útero y anexos enfermos.		

A.—**Síntomas abdominales que equivocadamente se atribuyen al útero sano y que nada tienen de común con este órgano.**—Estas mujeres se encuentran siempre cansadas, presentando un estado de lasitud ó displicencia insuperable, principalmente por la mañana al despertar; sufren, en todo el vientre, y especialmente en la pelvis, padecimientos ó molestias, unas veces vagas y transitorias y otras vivas y tenaces. Estos dolores abdominales y pelvianos van acompañados de dolores dorsales y lumbares. Cualquier cosa retienta sobre los riñones y estas sensaciones en la región renal contribuyen á que muchas estén persuadidas de que padecen una enfermedad de la matriz.

Los trastornos dispépticos de la enteroptosis acaban de afirmarlas en su creencia, y un molesto espasmo en la región del colon, vecina á los órganos genitales (cuerda cólica), las alarma cada vez más y se

convierten en verdaderas neurasténicas si no lo eran ya. Entonces van adelgazando, presentan un cuadro general de anemia con palpitaciones, siendo muy grande su inquietud, puesto que atribuyen los síntomas de la ptosis abdominal á una afección uterina.

B.—**Síntomas genitales estando sanos el útero y los anexos.**—En esta clase ó grupo se estudian las falsas uterinas de mayor interés y también las más difíciles de diagnosticar. Estas enfermas acusan trastornos genitales y sus temores ó preocupaciones no pueden ser considerados como puramente quiméricos. Los dolores abdominales, pelvianos y lumbares, se complican con trastornos útero-ováricos. Una mujer con metrorragia y que sufra de la pelvis estará siempre persuadida de que tiene una afección uterina. Si es algo nerviosa, no es necesaria la aparición de la metrorragia para preocuparla, pues basta una leucorrea, una simple perturbación menstrual ó un adelanto ó retraso de las reglas. Estos casos son bastante frecuentes. La enteroptosis y la nefroptosis producen ordinariamente trastornos menstruales: las reglas se hacen irregulares así en cantidad como en su aparición; á una amenorrea de seis á siete semanas sucede una metrorragia y con frecuencia la aparición del molimen menstrual provoca vivos dolores. Esta dismenorrea va seguida por algún tiempo de mayor sensibilidad de la región ovárica durante el período intercalar, y hemos visto á veces añadirse á este estado la neuralgia ílio-lumbar, lo que acaba de despistar. La leucorrea sobre todo se observa frecuentemente.

La aparición de las reglas, acompañadas ó no de dismenorrea, repercute á veces sobre un riñón dislocado, determinando paroxismos que trastornan todo el organismo; el estómago, del todo intolerante, no resiste ningún alimento; la paciente, molida por los repetidos vómitos y expuesta á las más intensas crisis de localización gástrica y renal, cae en un estado verdaderamente deplorable, del que sólo logra salir con lentitud si el siguiente período no vuelve de nuevo á postrarla.

C. — **Ptosis que coinciden con lesiones del útero y de los anexos.** — Lo dicho anteriormente sobre la patogenia común de las ptosis abdominales y de las lesiones del útero y de los anexos consecutivas al puerperio nos dispensa de entrar en prolijos detalles sobre este punto.

Esos distintos accidentes dependen de la misma causa y evolucionan paralelamente.

Las erosiones, ulceraciones, metritis, leucorrea, salpingo-ovaritis, flegmasías periuterinas sufren la acción de los trastornos digestivos, hepáticos ó renales, y las alteraciones del aparato sexual, lejos de ponerle al abrigo de las influencias extrañas, le predisponen, por el contrario, á que con mayor facilidad sienta los efectos.

D.— **Ptosis que provocan lesiones del útero y de los anexos.** — Entramos de nuevo en la teoría de Thiriar. Las congestiones repetidas, los actos nerviosos reflejos ó inhibitorios hacen al aparato genital más vulnerable á las infecciones secundarias. La *falsa uterina* se convierte con el tiempo en una *verdadera uterina*.

CAPÍTULO III

FALSAS UTERINAS Y AFECCIONES DEL HÍGADO

I

Resumen histórico

Las relaciones que existen entre el hígado y el aparato genital de la mujer han sido desde mucho tiempo objeto de controversia. De todos modos varios son los puntos que actualmente están bien deslindados, y entre ellos los mejor estudiados corresponden principalmente á la influencia que puede ejercer sobre el hígado el útero grávido ó en estado de vacuidad.

Si bien son distintas, según los autores, las interpretaciones patogénicas, cuando menos la sobrecarga grasosa del hígado, las variaciones de la glucogenia hepática, los peligros de la ictericia epidémica y de la ictericia grave, son unánimemente admitidos en el curso del embarazo, el que además favorece quizá la litíasis biliar; sabido es también que la aparición de las reglas produce unas veces simple congestión hepática, otras una ligera ictericia, ictericia menstrual de Senator y de Fleischmann, y á menudo un acceso de cólico en las artríticas calculosas.

Mas, por el contrario, la acción inversa del hígado sobre el aparato útero-ovárico parece estar menos dilucidada, y especialmente los *trastornos de la menstruación consecutivos á las afecciones hepáticas*, y sobre todo las *metrorragias*, muy pocos son los autores modernos que los mencionan.

No siempre ha sucedido así, pues los antiguos médicos insistían sobre la frecuencia de las pérdidas en el curso de las enfermedades del hígado; sus explicaciones llevaban el sello de las ideas á veces un poco extrañas

de la época, por lo que nosotros debemos tomar en cuenta solamente la realidad del hecho clínico. Las ideas contenidas en los libros hipocráticos acerca las reglas biliosas son muy vagas; pero, sin remontarnos á tan antiguos tiempos, en el siglo XVIII refiere Stoll que durante la constelación biliosa inflamatoria del año 1778, fueron muy frecuentes las hemorragias uterinas. Fincke, citado por Désormeaux, hace notar que, en la epidemia de *Tecklemburgo,* 1776-1780, «los menstruos sobre todo experimentaron la influencia de la afección biliosa: unas veces faltaban, otras estaban aumentados y otras se adelantaban.» Al igual que Désormeaux, coloca Gendrin «las hepáticas y los flujos biliosos» entre las causas de las metrorragias simpáticas, y refiere que en 1758 Boucher observó la metrohemorragia como síntoma habitual de una epidemia de fiebre biliosa que reinaba en *Lille;* el práctico, añade, que ha insistido más acerca esta relación de la hemorragia uterina con los diversos estados morbosos abdominales que constituyen las afecciones biliosas y gástricas, es Strack; y éste consideraba esas afecciones como las más poderosas causas de las metrohemorragias.

Más recientemente, los autores del *Compendium* y luego algunos ginecólogos convienen en la opinión de los antiguos profesores, sin atribuir á ello gran importancia. Muchos son los tratados de patología general ó especial que pasan en silencio estos hechos, y más todavía, algunos autores como Courty llegan á escribir: «Que en cuanto á las metrorragias que se creen sintomáticas ó simpáticas de afecciones biliosas, confieso que las tengo por lo menos como muy dudosas;» y Bernutz que «la rareza de las metrorragias de esa clase autoriza á no insistir más sobre este punto.»

A pesar de esto, Monneret estudia las hemorragias producidas por las afecciones del hígado, y Verneuil y sus discípulos vuelven á tratar este punto sin ocuparse de un modo especial de la menstruación. Bennet, en las enfermas que presentan síntomas por parte del hígado, ha visto varias veces que la aplicación de sanguijuelas en el cuello del útero determinaba una hemorragia á menudo muy rebelde: «las únicas veces, dice, que me he visto obligado á practicar el taponamiento de la vagina para detener una hemorragia causada por las sanguijuelas, se trataba de enfermas de esa clase.» Posteriormente se encuentran algunas observaciones dispersas, tales como la de Florez-Orteaga, y las de Bagdan, en las que un vejigatorio aplicado sobre la región hepática detiene las pérdidas graves y rebeldes de la endometritis. Nigel-Starck expone dos casos muy demostrativos en su trabajo acerca «algunas causas poco comunes de menorragia». Por último, Cornillon recientemente ha relatado en pocas líneas casos del todo análogos á nuestras observaciones.

II

Falsas uterinas y litiasis biliar

Nada más oportuno que repetir aquí lo que dice Cornillon: «En las mujeres jóvenes afectas de litíasis biliar de accesos cortos y separados, las reglas evolucionan normalmente (1); pero, si los accesos son duraderos y frecuentes, se hacen aquéllas irregulares. Ora desaparecen durante varios meses y su reaparición parece coincidir con una manifiesta mejoría del estado general; ora continúan presentándose, pero sin guardar la menor fijeza en su aparición, pues unas veces adelantan ocho días, otras quince, algunas apenas son perceptibles y terminan en veinticuatro horas, otras duran una semana determinando verdaderas hemorragias. Todas esas particularidades no tendrían nada de especial, si los órganos pelvianos fuesen asiento de una extensa inflamación ó de un tumor cualquiera; pero en todos los casos en que hemos observado esos trastornos de la menstruación, el *útero estaba sano.*»

Las perturbaciones que el cólico hepático determina en las funciones de la menstruación son, en efecto, muy variables. Uno de los casos más frecuentes es el del cólico hepático franco, seguido bien pronto de ictericia, que se manifiesta en la época de las reglas, por lo común la víspera ó los primeros días. El molimen catamenial favorece el acceso litiásico, el que repercute á su vez sobre el aparato útero-ovárico. Las reglas son entonces más abundantes y el flujo menstrual adquiere tales proporciones que nos hallamos en presencia de una verdadera *menorragia*. Otras veces las reglas, que hacía poco habían terminado, vuelven á reaparecer al cabo de dos ó tres días para durar un tiempo variable. En ambos casos el flujo puede continuar de este modo hasta diez ó más días. Estas pérdidas provocan á menudo la salida de coágulos, y la menstruación, que hasta entonces había sido poco dolorosa, se acompaña de dolores y sufrimientos muy penosos, indicios de una *dismenorrea congestiva* de tal naturaleza, que la palpación del bajo vientre es difícilmente tolerada. Si los accesos de cólico hepático se repiten, al cabo de algún tiempo las reglas se adelantan unos ocho ó quince días ó retardan de una á dos semanas; las épocas menstruales se confunden, se embrollan y la enferma no se da cuenta de las mismas. Después de un período en que la menstruación se hace más

(1) Sin embargo, hemos visto á veces alterarse las reglas por un *primer* acceso de cólico hepático de mediana intensidad.

corta, insignificante ó bien se suspende, aparece una menorragia alarmante.

Y en medio de esta confusión, el hígado repercute sobre el útero, pero el molimen catamenial tiene á su vez resonancia sobre el hígado, llegándose á un estado verdaderamente muy complejo.

Hay enfermas de litíasis hepática que después de presentar repetidas veces tan sólo un aumento en el flujo menstrual, son presa repentinamente de una verdadera *metrorragia* en un período intercalar. Las más de las veces son mujeres que tienen una lesión del aparato útero-ovárico: endometritis, fibroma, salpingitis, etc. La afección uterina concomitante, permanecía hasta entonces silenciosa ó ignorada, mas siendo hemorrágica sufrió la influencia de los cólicos hepáticos y la pérdida de ello resultante depende de una etiología un tanto híbrida. Esas metrorragias son tenaces y para su tratamiento es necesario cumplir indicaciones especiales.

Sin embargo, no es necesario para que se produzcan los trastornos menstruales más molestos que el cólico hepático se manifieste de un modo *franco*, con grandes dolores, ictericia y decoloración de las materias fecales. Una crisis *frustrada* ó *muy atenuada*, sobre todo si determina una notable *congestión del hígado*, trasciende á veces á la matriz tanto como el acceso más violento. Hemos visto casos también en que llamaban únicamente y en primer término la atención las manifestaciones del aparato genital y era tal la preponderancia de los síntomas uterinos que atraían y preocupaban preferentemente á las enfermas, y sólo por medio de un examen sistemático de todos los órganos podía llegarse á atribuir al hígado la verdadera causa de los accidentes.

Si las enfermas van á *Vichy*, la expulsión de los cálculos termina con los cólicos y con las metrorragias. No obstante, según Jardet, bastando las aguas de Vichy para congestionar el aparato útero-ovárico, adelantan las reglas y exageran el flujo menstrual.

Cuando el organismo está muy debilitado y la enferma se encuentre, según la expresión de Mauricio Raynaud, «en estado de deterioración profunda», la *amenorrea* es la que domina.

Al contrario, si la afección hepática mejora y llega á curarse, desaparecen las perturbaciones menstruales, ó bien las reglas, escasas hasta entonces, se hacen más abundantes.

Así es, poco más ó menos, como evolucionan los fenómenos durante la *vida genital* de la mujer. Al comenzar el período de la *menopausia*, los accidentes hemorrágicos adquieren una intensidad muy especial, que alarma tanto más á las enfermas, cuanto en este período crítico es de temer la aparición de tumores malignos.

Dentro ya del período menopáusico ¿puede la litíasis biliar provocar una metrorragia? Es posible, y un caso observado nos induce á sospecharlo; nosotros, sin embargo, no nos atreveríamos á afirmarlo, antes bien creemos que mejor favorece las pérdidas en una mujer que sufra de metritis ó de fibroma.

III

Falsas uterinas y cirrosis

Las cirrosis del hígado que retientan sobre la menstruación determinan con mucha mayor frecuencia la amenorrea que no metrorragias.

Nigel Starck refiere, sin embargo, dos casos en que la influencia de la cirrosis sobre la aparición de pérdidas uterinas parece indiscutible, tanto más cuanto que el tratamiento, únicamente instituído para combatir la enfermedad del hígado, hizo cesar las pérdidas. Mas, el atento estudio de esos dos casos y de algunas cirrosis que hemos podido observar, inducen á creer que las reglas están diversamente alteradas según los casos, así como también según el período en que sobrevino la afección hepática. En la caquexia, cuando todo el organismo está profundamente afectado, la menstruación se suspende, cesando asimismo todo flujo sanguíneo, normal ó patológico. Pero si las fuerzas no se han agotado, ni está muy comprometida la nutrición, mientras la cirrosis evoluciona todavía sin causar gran trastorno en el estado general, pueden presentarse *menorragias*, cuya aparición parece estar á veces favorecida por un acceso de *congestión hepática*, y otras veces por un estado gástrico ó biliar sobreañadido.

Diremos de todos modos que en la cirrosis hipertrófica biliar con ictericia crónica (de Hanot), que dura mucho tiempo sin llegar á la caquexia y se acompaña ordinariamente de hemorragias de la nariz y de otras partes, el aumento del flujo menstrual no se nota; antes al contrario, hemos observado su disminución y hasta desaparecer tempranamente, y en un caso en que continuaba siendo bastante escaso, la ictericia se acentuó y el hígado era poco doloroso en una época catamenial. La reaparición de las reglas, después de una amenorrea más ó menos duradera, constituye á veces también un buen síntoma y coincide con un período de suspensión ó con la mejoría de la cirrosis.

De todas maneras hay que reconocer que el estado de *amenorrea* es más frecuente que las menorragias, aun en el comienzo de la afección

hepática; la causa hay que buscarla en la desnutrición, la debilitación progresiva, en la caquexia. En otro trabajo tuvo ocasión uno de nosotros de referir una coincidencia entre la cirrosis atrófica y una esclerosis del ovario, coincidencia ya observada y señalada por dos veces por Normann Moore.

Esta influencia del estado general sobre la ovulación y la menstruación debe bastar para impedir la producción de menorragias en los casos de hígado grasoso, por ejemplo, en que las hemorragias quirúrgicas son siempre de temer.

IV

Falsas uterinas y tumores del hígado

Pocos son los datos reunidos sobre las pérdidas uterinas en el curso de los tumores del hígado, benignos ó malignos, hidatídicos, etc.

En los *melanomas* del hígado, dicen Hanot y Gilbert, las epistaxis son bastante frecuentes, así como raras las hemoptisis y las metrorragias.

Sin embargo, se dan casos en que sobrevienen, y nada más oportuno á este propósito que citar por vía de prueba la muy notable observación de Pablo Segond (1), en la que las menorragias repetidas, un enflaquecimiento alarmante y la presencia de un tumor abdominal hicieron creer en la existencia de un fibroma uterino; el útero y los órganos pelvianos se encontraron sanos y el tumor era un *cáncer pediculado* del hígado.

V

Falsas uterinas é ictericias catarral é infecciosa

La aparición de *hemorragias uterinas*, aisladas ó con diversas otras hemorragias, en el curso de la *ictericia grave*, no tiene nada de particular.

Pero la menorragia puede manifestarse igualmente durante una *ictericia catarral* ó una *ictericia infecciosa benigna*, y quizá también cuando se revela en los comienzos de ciertos estados biliosos puede considerarse

(1) PABLO SEGOND.—*Sociedad de Cirugía*, 1897.

de la clase de epistaxis uterinas que Gubler ha descrito en las fiebres, «especialmente en las fiebres con trastornos abdominales.» Pero, cuando la ictericia febril data de varios días, hemos visto nosotros sobrevenir las reglas, terminar, y por primera vez comenzar de nuevo dos días después, fenómenos completamente nuevos para la enferma, que nunca había experimentado cosa semejante. Esta pérdida no era seguramente una epistaxis uterina del comienzo de las fiebres. Por lo demás no conocemos en la ictericia benigna ningún caso en que el síntoma uterino se haya hecho alarmante, pues todo se reduce de ordinario á un adelanto del flujo menstrual, á un aumento de la pérdida sanguínea ó al retorno después de un corto tiempo de suspensión; en otras mujeres, no obstante, las reglas están, por el contrario, retardadas ó disminuídas. En esta clase, según todas las probabilidades, es donde debemos colocar los numerosos casos de metrorragias, cuya descripción han hecho los antiguos autores en el curso de fiebres biliosas, estados biliosos, etc., que se presentaban á veces en forma de epidemia.

VI

Fisiología patológica

¿Podemos aventurarnos á dar una interpretación fisiologicopatológica del modo cómo las enfermedades del hígado repercuten sobre la menstruación? Creemos sin duda más acertado indicar sucesivamente todas las hipótesis.

La hipótesis más verosímil es la que atribuye las menorragias á una congestión menstrual, llevada, bajo la influencia hepática, más allá de sus límites ordinarios. Pero no comprendemos á Nigel Starck cuando dice que la congestión del sistema porta determina el ingurgitamiento de la mucosa uterina, pues las relaciones anatómicas entre la circulación porta y la uterina son muy lejanas. En todo caso, admitiríamos de buen grado una acción refleja directa ó producida por el intermedio del corazón, y la congestión uterina se parecería, por ejemplo, á la congestión pulmonar del cólico hepático.

Otra hipótesis hace depender los accidentes de una alteracion de la sangre ó de las paredes vasculares, alteración debida á su vez á los venenos, toxinas, etc. Uno de nosotros ha observado que las mujeres *cuya orina contiene uroeritrina*, pigmento de la insuficiencia hepática, parecían predispuestas á flujos de sangre considerables en el período menstrual.

Es muy posible que entren en juego todas estas influencias; pero es de notar que las pérdidas sobrevienen casi siempre con motivo de las reglas y que las enfermedades del hígado exageran principalmente la abundancia de la menstruación, provocando más raras veces una metrorragia en el período intercalar; en este último caso, puede frecuentemente sospecharse que el útero ó los anexos sufren lesiones concomitantes. La ovulación, en el período de caquexia hepática, está también suprimida; la amenorrea viene á ser lo común y ordinario, mientras que la hemorragia uterina es la excepción.

CAPITULO IV

FALSAS UTERINAS Y AFECCIONES DEL APARATO CIRCULATORIO

I

Resumen histórico

La influencia de las enfermedades del corazón sobre el útero, demostrada hoy día de un modo indiscutible por una larga serie de observaciones y estudios, ha sido considerada de muy distintas maneras, y más de un autor para estudiar este asunto lo ha hecho desde el punto de vista especial que más le interesaba. Por esto, al lado de hechos bien establecidos y demostrados, hay algunos todavía discutidos y otros que no han llamado tanto la atención. De un modo completo y sin gran desacuerdo en las opiniones, encontramos citadas la amenorrea, la clorosis cardíaca y los accidentes que puede provocar una lesión del corazón durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio; respecto al catarro uterino, la congestión y la metritis consecutiva se mantienen todavía algunas reservas, y en cuanto á las metrorragias (fuera del parto) ó dan pie á las más encontradas opiniones ó no son mencionadas por los autores.

No hablan de ellas Bouillaud, Stokes, Grisolle ni Parrot; y Bernutz, al hablar de los trastornos circulatorios que experimentan los órganos genitales, dice: «Esta última clase de metrorragias sintomáticas, cuya frecuencia nos parece que se ha exagerado, comprende tan sólo un pequeño número de variedades que dependen del sitio que puede ocupar el obstáculo á la circulación abdominal: enfermedad cardíaca, afecciones hepáticas, tumores abdominales; la rareza de las metrorragias en esas tres categorías nos dispensa de entrar en mayores detalles sobre este punto.»

Siredey, «que hace algunos años que estudia este asunto, *sólo una vez* pudo comprobar una metrorragia en el número bastante considerable de afecciones orgánicas del corazón y de los pulmones que le ha sido dable observar» y aun «era debida á un desarrollo varicoso de las venas y á una especie de vegetación de la mucosa del útero.»

Raciborski, estudiando los fenómenos menstruales en ocho mujeres que sufrían alteraciones valvulares, en general observó que su regularidad era la misma que en estado normal; y más adelante emite la hipótesis de que «no sería imposible que semejante disposición (estado varicoso y ruptura) existiese algunas veces también en los plexos venosos del útero,» preguntándose primeramente «si algún día podrán encontrarse en el parénquima uterino esos aneurismas capilares observados en el interior del cerebro.» Courty, en un extenso artículo en que enumera multitud de causas, menciona tan sólo en una línea el estasis sanguíneo en el sistema de la vena cava inferior producido por la insuficiencia de la válvula mitral. Depaul y Guéniot son todavía más explícitos: «Las afecciones cardíacas no parecen estar notablemente influídas por la menstruación y ésta á su vez no se modifica generalmente por esas enfermedades.»

Monneret, sin embargo, en el *Compendium*, indicó en la etiología de las metrorragias las enfermedades del pulmón y del corazón; y Gendrin hizo hincapié «en todas las causas que dificultan ordinariamente la respiración, tales como los enfisemas pulmonares, las bronquitis crónicas, los obstáculos á la circulación en los principales troncos vasculares ó en los orificios del corazón.» Posteriormente Aran atribuye ciertas congestiones de la mucosa uterina al mismo obstáculo en la circulación del aparato cardiopulmonar. Niemeyer señala los estasis sanguíneos que se forman en los vasos uterinos en el curso de las enfermedades del pulmón y del corazón, que dificultan el retorno de la sangre al corazón derecho. Scanzoni va más lejos, considerando la influencia de las cardiopatías sobre las metrorragias antes de la pubertad, durante la vida genital y después en la menopausia. X. Gouraud, en su tesis *(De la influencia patogenica de las enfermedades pulmonares sobre el corazón derecho)*, consagra un importante capítulo á la congestión, al catarro y á las hemorragias secundarias de la mucosa uterina de origen cardíaco, y en él se encuentran además notables referencias de otros autores.

En una época más cercana á la nuestra, Gallard, Germain Sée, Peter, Herdy y Béhier se expresan todavía en términos más categóricos, y al hacer el estudio de la estrechez mitral ponen de relieve la importancia de las metrorragias. Pero, no es sólo en el curso de la estenosis mitral

que éstas se manifiestan, pues «la existencia de una enfermedad del corazón, dice Duroziez (1875), retarda la aparición de las reglas; éstas son irregulares y *revisten frecuentemente la forma de perdidas.*»

II

Consideraciones patogénicas

La breve frase con que termina el párrafo precedente «y revisten frecuentemente la forma de pérdidas...», que nos parece muy exacta, queda casi aislada ó sólo acompañada de breves reflexiones en el decurso del trabajo. Cuando se trata de evaluar, aunque sea de una manera aproximada, la frecuencia de las metrorragias, se tropieza con las opiniones más diversas, desacuerdo que persiste igualmente respecto de los trastornos de la menstruación en general. «¡Cuántas irregularidades, intermitencias, desigualdades, suspensiones, *pérdidas*, ovariotomías y muertes! dice Duroziez en un segundo trabajo (1895). *En la cardíaca, lo anormal es la regla y la normalidad la excepción.*» De nuestras investigaciones en varias cardíacas, deducimos que esta afirmación es quizá un tanto exagerada. A esto cabría oponer la estadística de un autor inglés, Gow, que en 50 casos observados halló 28 con la menstruación normal, 17 en que faltó más ó menos completamente y 5 en que fué excesiva: 5 casos de menstruación excesiva, sin hemorragia intercalar entre dos períodos catameniales es ciertamente bien poco, sobre todo si se recuerda que de las cinco veces en cuatro se trataba de la estrechez mitral (la lesión valvular en que la menorragia es un accidente bastante común) y uno solo de estrechez con insuficiencia mitral, y ni la insuficiencia mitral pura, ni las lesiones aórticas ó de otra clase han provocado pérdidas uterinas.

a) Estrechez mitral 22 casos, 9 menstruaciones regulares, 5 disminuídas, 4 amenorreas y 4 de *aumento del flujo sanguíneo.*

b) Insuficiencia mitral 15 casos, 10 menstruaciones regulares, 4 disminuídas y 1 suprimida.

c) Estrechez é insuficiencia mitral 7 casos, 4 menstruaciones regulares, 1 disminuída, 1 suprimida, 1 *aumentada.*

d) Insuficiencia aórtica 2 casos, sin alteraciones.

Hay que contar también con los azares de una serie, lo mismo que con la lista de Raciborski; pero á pesar de la estadística precedente, las metrorragias sobrevienen en la insuficiencia mitral pura, también, aunque más raramente, en las alteraciones aórticas, así como en las alteraciones

aórticas complicadas de lesión mitral; de esto existen casos indiscutibles y veremos más adelante que no hay que olvidar tampoco la clase de las aórticas con arterioesclerosis generalizada.

Esas apreciaciones, al parecer muy contradictorias, dependen de que no siempre se tiene bastante en cuenta el período á que había llegado la afección del corazón en el momento de examinar á la enferma. Ya Mauricio Raynaud había hecho notar, sin embargo, que «las reglas, en los comienzos de las enfermedades del corazón, acostumbran á ser abundantes, profusas... Se producen también hemorragias uterinas intercalares, que no deben confundirse con el flujo catamenial. En el período último, lo mismo que en todos los estados de deteriorización profunda, las reglas desaparecen,» y Vallon, en una importante tesis, insiste mucho sobre lo mismo. Cosa notable. Gendrin pretendía que las congestiones sanguíneas y las hemorragias pulmonares se manifiestan principalmente en el primer período de las enfermedades del corazón, disminuyendo su frecuencia cuando el mal ha determinado un estado caquéctico, error éste que ha sido puesto en evidencia por Potain y Rendu. Mas lo que constituye un error respecto del pulmón no lo es tratándose del útero, pues hay un elemento que entra en juego modificando todos los términos de la cuestión y es la fluxión fisiológica, la *menstruación*. No pretendemos con esto abonar la afirmación de Duroziez al decir que «es el estudio de la ovulación lo que se pretende hacer cuando se habla de menstruación y que lo que se busca son las relaciones del corazón con el ovario.

Cierto que Duroziez tiene razón al estudiar la amenorrea ó la llegada más ó menos precoz ó tardía de la pubertad y de la menopausia en el curso de las afecciones cardíacas; pero sería indudablemente un error generalizar esta afirmación á todas las metrorragias que sobrevienen durante la vida genital de la mujer. Si los trastornos del ovario son causa de irregularidad en la aparición y hasta en la abundancia de las reglas, el útero, influído por el corazón, exagera á su vez la pérdida sanguínea, entretiene y prolonga su duración, acabando por provocarla en el período intermenstrual. El mismo Duroziez añade más adelante: la matriz, órgano de segunda clase, está tan supeditado al corazón como al ovario. No debe exagerarse el papel que desempeña el ovario, ni mucho menos pasarlo en silencio.

En el curso de las enfermedades del corazón, en efecto, las primeras metrorragias sobrevienen siempre con motivo de las reglas; el flujo catamenial aparece, y en vez de tener la duración ordinaria, fluye mayor tiempo; en el período siguiente, la pérdida aparece de nuevo con más ó menos intensidad, y según los casos bastante raros que estudiaremos en

la sintomatología, acaba á la larga por presentarse en el período intercalar. Pero es casi siempre á seguida ó con ocasión de la aparición del menstruo que se manifiestan los accidentes hemorrágicos, que, cuando menos al principio, se presentan como una exageración del flujo habitual. Pues bien, esta menstruación fisiológica, tan propensa á degenerar en pérdida, á tomar un carácter patológico, constante en la aparición de la mayor parte de las metrorragias, se modifica y se suprime luego á medida que evoluciona la afección cardíaca. «Cuando el estasis sanguíneo se ha generalizado, la nutrición decae y la vida se encuentra por todas partes amenazada,» la mujer ya no tiene la menstruación, y durante esta amenorrea, no presenta ningún flujo sanguíneo morboso ni normal. «Este hecho, dice Vallon, puede en cierto modo servir de argumento en favor de la solidaridad entre las funciones uterinas y las funciones ováricas, ya que la congestión pasiva, aun llevada á alto grado, es impotente para determinar hemorragias por la matriz, mientras que la congestión activa fisiológica provoca esta hemorragia todos los meses.»

No sólo, como dice Vallon, la *caquexia cardíaca ó la asistolia* permanente ocasionan casi fatalmente una *amenorrea completa* y no van nunca acompañadas de metrorragias, sino que ni tan sólo es necesario llegar á esta fase de gravedad definitiva, de deterioración profunda (M. Raynaud), para que se suspenda la menstruación, cuando menos de un modo temporal, durante uno ó varios meses sucesivos y las metrorragias pierdan su frecuencia. Una vez el corazón se halla lo bastante lesionado para que se observen, edemas persistentes, un hígado ó un riñon cardíaco contumaces, sin que por otra parte se noten signos de caquexia, el flujo catamenial tiende á menudo á disminuir en duración y abundancia, llega á faltar en ciertas épocas, reaparece, pero con exigüidad, ó á veces, aunque por excepción, con una intensidad que le asigna caracteres de pérdida, y la paciente con estas alternativas va encaminándose á la amenorrea terminal. Vulpian, en las clínicas de la Charité, observó un caso en que las hemorragias uterinas dependían de una asistolia tal, que los edemas eran considerables, los labios azulencos, las extremidades frías,— es éste un caso raro.

En las enfermas que hemos examinado, como por otra parte en la mayoría de las observaciones citadas, las *metrorragias* aparecen al contrario preferentemente cuando la *lesión cardíaca, todavía bien compensada*, se revela sólo por la opresión precordial, las palpitaciones, cansancio ó ahogo después de hacer algún esfuerzo, vértigos, la irregularidad de los latidos propia de los mitrales compensados, algún edema maleolar por la noche; por los signos que, denotando cierta dificultad de las vías sanguíneas, no

implican por ello la idea de una insuficiencia tricuspídea y de un miocardio forzado.

La función ovárica, respetada todavía, provoca la fluxión uterina menstrual y ésta sufre á su vez el contragolpe de la dificultad circulatoria, aun siendo poca; la congestión activa fisiológica llama, localiza y exagera la congestión patológica pasiva; hay un *útero cardíaco* como hay un hígado ó un riñón cardíaco, sin insuficiencia tricuspídea obligada.

La congestión sanguínea se fija en el hígado ó el riñón por el hecho de una tara ó lesión anterior: alcoholismo, litíasis, gota, etc.; se fija en el útero por efecto de un molimen menstrual intenso. En un organismo cuya nutrición general no está comprometida por la enfermedad del corazón, una ovulación normal estimula el útero, las reglas aparecen y rebasan entonces la duración y la cantidad ordinarias; pero al alterarse esta nutrición general por *graves complicaciones asistólicas*, las funciones tan delicadas del ovario experimentan sus efectos, la ovulación se suspende, ó penosa, defectuosa, resulta insuficiente para incitar el aflujo de sangre al aparato genital; el molimen, muy débil, no logra su efecto y *la amenorrea* sucede á esta labor nula ó apenas esbozada. Tenemos de ello una prueba en lo que ocurre en el curso de la *cianosis ó enfermedad azul* (deformidades congénitas, etc.). Esta afección va acompañada de hemorragias diversas, nunca se han observado hemorragias uterinas; al contrario, la pubertad es tardía, cuando se despiertan las aptitudes genitales, es raro que manifiesten grandes exigencias, el crecimiento no se acaba ó se ultima sólo lentamente (Grancher), las funciones ováricas quedan reducidas al mínimum, el menor trastorno conduce á la amenorrea.

Además de la *fluxión menstrual*, influyen en el cardíaco otras causas que contribuyen á fijar ó mantener un estado de congestión en la matriz y á provocar hemorragias; un gran número de *afecciones uterinas*, como la metritis crónica, fibromas, tumores ó flegmasías ováricas, etc., sienten la influencia del útero cardíaco, lo mismo que, en un hígado ó un riñón cardíaco reaccionan de distinto modo la litíasis, el alcoholismo, etc. Hemorragíparas en sí mismas, estas diversas lesiones exageran y eternizan la pérdida sanguínea localizando una especie de *asistolia uterina* (1) comparable en su patogenia á la asistolia hepática.

Las verdaderas metrorragias aparecen fuera del período de las reglas, en el período intercalar, y son casi siempre el resultado de esta etiología complexa, y si se considera que la dificultad circulatoria y cierto

(1) No obstante, la denominación de asistolia uterina no es muy apropiada y se presta á confusión; la grande asistolia cardíaca no va en modo alguno acompañada de metrorragias.

grado de congestión pueden en último término determinar una *metritis* (Gallard), como más adelante explicaremos, fácil es comprender por qué las cardiopatías provocan á veces á la larga metrorragias sin ninguna relación con la ovulación.

Esta patogenia de la acción del molimen fisiológico unida á una lesión local para comprender la producción de las pérdidas, explica todavía otros fenómenos más importantes. *Las metrorragias de la pubertad debidas á una estrechez mitral* han sido atribuídas, ya á una friabilidad especial de las paredes vasculares, ya á una lesión de las venas uterinas consecutiva á las crisis de insuficiencia tricuspídea, etc. Estas razones son muy atendibles; pero ante todo es necesario tener en cuenta la evolución del aparato genital, que, del estado infantil y pubescente, pasa al estado adulto cuando entran en juego las nuevas funciones del ovario. Rápido desarrollo del útero y de los anexos, transformación de todos los órganos sexuales, primeros brotes de la fluxión menstrual, he aquí las verdaderas causas que, en la matriz, atraen, localizan y exageran el estasis sanguíneo de origen cardíaco, dando origen á las menorragias de una estrechez mitral aún bien tolerada, sin asistolia, sin insuficiencia tricuspídea, «sin que nada bien preciso, escribe Mathieu, haga fijar directamente la atención sobre el corazón. La lesión mitral pasa desapercibida, á no ser que en parecidas circunstancias se investigue con idea preconcebida la estrechez, como aconseja Landouzy.»

Falta, en efecto, citar una clase de metrorragias, aquellas cuya *aparición precede á toda manifestación sintomática por parte de la lesión causal, por parte del corazón.* Lebert (Vallon) menciona la abundancia de los menstruos en ciertos casos en que se ignora la existencia de alteraciones valvulares que no se manifiestan por ningún trastorno. Hace unos tres años pudimos observar una joven robusta, alta, de buena apariencia, que nos consultaba con motivo de menorragias repetidas, incoercibles; todos los medios terapéuticos fracasaban; salía de una clínica de cirugía en la que en vano se le había practicado el raspado. A consecuencia de una pleuresía, se quejaba hacía algún tiempo de disnea, y al examinar los órganos torácicos, quedamos muy sorprendidos al comprobar una estrechez de la mitral que por ningún síntoma se podía sospechar.

No ha de extrañar, pues, que consideremos difícil evaluar la frecuencia de las metrorragias, y que encontremos con más frecuencia la amenorrea: los enfermos ingresan en el hospital sobre todo cuando la afección cardíaca ya no está compensada, y en esta fase las pérdidas uterinas son más raras, mientras que la amenorrea es el término fatal de la asistolia permanente; además, muchos cardíacos, antes del último período, *no*

presentan ningún trastorno uterino; igualmente se ven mujeres con lesiones valvulares que llevan á buen término varias gestaciones, al lado de otras que sufren, desde su primer parto, las complicaciones más graves.

III

Estudio etiológico

Influencia de las diversas afecciones del corazón sobre los trastornos de las falsas uterinas

Las consideraciones patogénicas que preceden permiten mayor brevedad al tratar de la etiología.

Las metrorragias resultan favorecidas por las afecciones cardíacas que mantienen cierta dificultad circulatoria sin llegar por ello á un estado grave de asistolia; las encontraremos, pues, mucho más á menudo en el curso de las *lesiones mitrales* que en el de las *lesiones aórticas*.

La aórtica presenta sobre todo signos de anemia arterial, y el estasis venoso no se manifiesta hasta que se han rendido el miocardio ó la válvula mitral. Nos es difícil creer que sobrevengan epistaxis uterinas, como se ha dicho, por la sola influencia de la hipertrofia del ventrículo izquierdo, en una insuficiencia aórtica. Cuando una enfermedad de la aorta ó de su orificio sigmoideo va acompañada de pérdidas uterinas, antes de establecer una relación de causa á efecto, es necesario comprobar si tales pérdidas dependen más bien de la generalización de la arterioesclerosis; en cambio la amenorrea es en ellas á veces muy precoz. Las menorragias observadas en la *angustia aórtica* congénita se atribuyen á los casos de *hemofilia* en los que la estrechez arterial no desempeña sin duda más que un papel muy secundario.

Son sobre todo las *afecciones mitrales* las que dan lugar á *metrorragias*. La *estrechez mitral pura*—de la adolescencia, de evolución, etc.,—parece ser la alteración valvular que trastorna con mayor facilidad la menstruación; da razón de ello su acción congestiva predominante, así como también su intervención desde el comienzo de la vida genital en la época de la pubertad.

La estrechez pura adquirida es bastante rara, mientras que la *enfermedad mitral* completa, *estrechez* con *insuficiencia*, después *insuficiencia pura*, presiden la aparición de cierto número de pérdidas. Por último,

ha de insistirse en los casos en que una enfermedad mitral, aun ligera, complica una *lesión aórtica*.

En las afecciones orgánicas del *corazón derecho*, no hemos encontrado citadas por los autores complicaciones metrorrágicas, ni las hemos tampoco observado por nuestra parte; según Constantino Paul, «las reglas son regulares sin ser demasiado copiosas.» De estas afecciones, la única frecuente en clínica, la *estrechez pulmonar* ofrece una fisiología patológica especial: «Un fenómeno, dicen Potain y Rendu, que corresponde en absoluto á la estrechez pulmonar, es la falta de edema de las piernas y de los signos de estasis venoso periférico, en una época en que ya no es posible desconocer la existencia de una enfermedad del corazón... La regularidad del ritmo cardíaco se conserva casi siempre... no se encuentra ni la irregularidad de los latidos... ni los caracteres de la incoordinación tan peculiar de los mitrales.» Luego, cuando flaquea el ventrículo derecho, sobrevienen profundos trastornos de la hematosis, que conducen más fácilmente á la *amenorrea;* por último, las enfermas suelen morir en la juventud hacia los veinte ó veinticinco años. En la *cianosis* ó *enfermedad azul*, como ya hemos dicho anteriormente, la pubertad es también en general tardía, las funciones genitales quedan restringidas y la menstruación se resiente del estado de infantilismo. Quizás todas estas causas combinadas expliquen la falta de metrorragias.

Parece, según varios autores, que el obstáculo del corazón derecho en lucha contra un pulmón enfermo produce en el aparato genital un estasis seguido de pérdidas sanguíneas; tal es la opinión de Gendrin, de Gouraud, de Scanzoni. Es muy posible, en efecto, mientras el organismo conserve su resistencia y la intensidad del molimen catamenial (Gouraud) no haya disminuído, que el *enfisema* y las *bronquitis* predispongan á las metrorragias, sobre todo si la paciente conlleva una metritis crónica, por ejemplo; pero no deja de ser un concepto puramente teórico incluir en esta etiología, como hace Scanzoni, «la *infiltración pneumónica ó tuberculosa* de los pulmones.»

Huchard ha sido el primero que ha descrito las *metrorragias* consecutivas á la *hipertensión arterial;* es necesario conocerlas, puesto que no puede dudarse de ellas en las proximidades de la menopausia, época en que se manifiestan los efectos de la *arterioesclerosis*.

Posteriormente el doctor Reinicke, asistente de la clínica de *Dresde*, recrimina á la *degeneración esclerósica* de las arterias uterinas, no sólo en sus gruesas ramas, sí que también en sus finas ramificaciones, las que resultan incapaces para contraerse y dejan eternizar el flujo menstrual. Hemos podido observar casos de pérdidas uterinas después de la menopausia,

considerando que su causa más probable es una degeneración de las arterias; del propio modo algunas metrorragias atribuídas hasta hoy á la «nefritis granulosa» tienen sin duda la misma etiología. ¿La hipertensión arterial desempeña algún papel en el momento de la pubertad? Es muy probable que así sea; pero de todas maneras esta cuestión exige nuevas investigaciones.

La acción de las cardiopatías sobre la matriz es secundada no sólo, como antes hemos dicho, por una lesión uterina ó periuterina, sí que también por la coexistencia de una enfermedad que puede ya de sí ir acompañada de metrorragias, la *constipación crónica*, las *hemorroides*, la *enteroptosis*, las *afecciones del hígado*, etc.

IV

Semiología de las falsas uterinas en las diversas afecciones del corazón

Las *metrorragias de origen cardíaco* han sido observadas en todas las *edades* de la vida. Algunas observaciones no dejan con todo de sorprendernos.

1.° FALSAS UTERINAS Y CARDIOPATÍAS ANTES DE LA PUBERTAD.—No es raro, según Scanzoni, que hemorragias uterinas no acompañadas de los fenómenos de la ovulación y que, por tanto, no constituyen un verdadero flujo menstrual, sobrevengan en las *niñas* á consecuencia del obstáculo circulatorio que producen en los órganos abdominales las afecciones del pulmón y del corazón; convendrá excluir toda idea de pubertad precoz. A pesar de la autoridad de Scanzoni, nos cuesta trabajo comprender que semejantes accidentes no sean raros y aun muy raros; ninguna relación análoga se encuentra en los demás autores, y cabe verdaderamente pensar que quizás haya habido errores de interpretación.

2.° FALSAS UTERINAS Y CARDIOPATÍAS EN LA PUBERTAD.—Mas, con la *pubertad*, la influencia de una enfermedad del corazón se hace peligrosa, y los trastornos menstruales precoces son á veces los primeros síntomas que llaman la atención en una lesión valvular hasta entonces no reconocida; á menudo, aunque no de un modo exclusivo, se trata de una *estrechez mitral*. La erupción de las primeras reglas es difícil, su reapa-

rición irregular se anticipa ó se retrasa, siendo dificultosa su instalación; á un período casi normal ó aun pobre en sangre, sucede al mes siguiente un flujo muy abundante, que adquiere en las épocas sucesivas el carácter de *grandes pérdidas;* á continuación persiste una exageración de la *leucorrea*, tan frecuente en la pubertad. Agravan la situación fenómenos dolorosos de *dismenorrea uterina y ovárica*, pues aunque el ovario no sea el único ó el principal fautor de las hemorragias, no sufre por ello menos la acción del corazón y repercute sin duda á su vez sobre el útero. Lawson-Tait ha descrito con la denominación de *hiperemia ovárica* un estado que se traduce por dolor y metrorragias; en la menstruación de las cardíacas hay un estado complejo de hiperemia ovárica y uterina. Estos accidentes de la pubertad comprometen algunas veces toda la vida genital; las reglas continúan siendo penosas y profusas, las pérdidas repetidas, los sufrimientos fatigan á la joven que, dificultada en su desarrollo, se debilita y presenta una apariencia anémica; más tarde la mujer queda estéril, ó, caso de efectuarse la fecundación, la supervivencia de los hijos es muy restringida (Duroziez). No conviene, empero, exagerar estas consideraciones inquietantes: muchas jóvenes sobrellevan perfectamente una lesión cardíaca sin la menor participación por parte del aparato sexual, ó cuando más con trastornos transitorios y bastante ligeros para no hacer precarias las funciones útero-ováricas.

3.° FALSAS UTERINAS Y CARDIOPATÍAS EN EL TRANSCURSO DE LA VIDA GENITAL.—Cuando una *endocarditis* y la *alteración valvular* consiguiente comienzan y evolucionan á mayor ó menor distancia de la pubertad, en una mujer cuya menstruación estaba bien establecida, los accidentes uterinos se presentan de diversas maneras. Unas veces, apenas curado el reumatismo ó la infección causal, con las primeras palpitaciones y las primeras desigualdades de los latidos, comienzan los trastornos menstruales; al principio la duración de las reglas se prolonga, son más abundantes, más dolorosas; hemos podido observar un notable ejemplo de ello en la Pitié, en la clínica de A. Petit, en una mitral de origen varioloso. Otras veces, la afección cardíaca dormita durante largo tiempo sin manifestarse por síntoma alguno; luego sobreviene una ligera dificultad respiratoria después de una caminata ó de esfuerzos, algunas irregularidades del pulso, se comprueba un soplo, y á la larga, el mejor día aparece la menorragia. Un autor inglés, Nigel Starck, dice que «de todos los fenómenos que dependen de una falta de equilibrio en la circulación, la menorragia es á menudo uno de los más evidentes y peligrosos.»

Por último, en algunos casos, la pérdida uterina nos induce al diag-

nóstico de una cardiopatía cuyas otras manifestaciones clínicas habían pasado desapercibidas hasta entonces. Hay enfermas que durante meses y años soportan muy bien una lesión valvular sin ninguna resonancia sobre el útero, cuando de pronto aparece una menorragia por influjo de una causa intercurrente: puerperio (las reglas antes normales se presentan con abundancia), fatiga, cansancio desacostumbrado, excesos de toda clase; Nigel Starck insiste sobre los efectos de la estación bípeda prolongada; ó bien fluxión hemorroidal, constipación pertinaz, acceso de enteritis mucomembranosa, etc., etc., y todas las causas de lo que se llamaba plétora abdominal.

Casi siempre, como dice Constantino Paul, las reapariciones periódicas de las reglas son menos distanciadas, la cantidad de sangre perdida es en proporción creciente, su profusión llega á ser extrema, tanto que en los casos graves, afortunadamente raros, las épocas menstruales acaban por sucederse sin intervalo y confundirse. Hemos visto en la Charité, en la clínica de X. Gouraud, una mujer mitral á quien dos años atrás se le habían presentado *casi al mismo tiempo* palpitaciones, ahogo y menorragias; según expresión suya, se la habría podido seguir por el rastro y hubo necesidad de que permaneciera en cama durante dos meses porque la pérdida no cesaba.

De ordinario, la sangre es roja, francamente coloreada; su emisión va mezclada con coágulos, y en los primeros días, después de haber cesado la pérdida, puede persistir un flujo seroso. Los sufrimientos que acompañan á la hemorragia son muy variables; unas enfermas acusan un ligero peso en la pequeña pelvis, ó bien las reglas van precedidas algunos días por un dolor cada vez más vivo, hasta el momento en que el brote de la sangre determina una suspensión, un apaciguamiento; esta *dismenorrea congestiva* bastante frecuente es susceptible de provocar, según Gouraud, una *neuralgia lumboabdominal* más ó menos intensa. Con el reposo y un tratamiento racional consíguese la mejoría; dedícase ésta otra vez á sus ocupaciones, y sufre de nuevo recaídas, unas insignificantes, otras más serias. Después de numerosas peripecias, llega á la menopausia ó á la asistolia y pasa por fases ó períodos de buena salud, de amenorrea, de hemorragias, que alternan y se mezclan á medida que evoluciona la cardiopatía. Con frecuencia también, una lesión uterina concomitante, metritis crónica, fibroma, flegmasía, ocasiona en el período intermenstrual verdaderas metrorragias, tanto más tenaces cuanto que sufren la acción del corazón; el útero grande, pesado, sangrando al menor contacto, pasa á ser entonces *un útero cardíaco*.

Según algunos autores, un flujo uterino abundante sin ser excesivo

ejercería en ciertas circunstancias una acción más bien favorable. Para Peter, las pérdidas uterinas, como las hemorroides y las epistaxis, desempeñan á veces el papel de crisis, ó mejor, de descarga ó desahogo con respecto á la circulación. Esta es también la opinión de F. Nigel Starck; hay casos, dice, en que la hemorragia resulta beneficiosa, previene la congestión de otros órganos, y el útero, aliviando la tensión vascular, obra como una válvula de seguridad.

4.° **FALSAS UTERINAS Y CARDIOPATÍAS EN LA MENOPAUSIA.** — La *menopausia*, escribe Duroziez, es *precoz* en las *mitrales*, *tardía* en las *aórticas*. A la vez que admitimos la estadística de Duroziez y sus conclusiones, consideramos que, para explicar esta regla, se puede también invocar la amenorrea de la asistolia permanente (menopausia precoz) más prematura en la mitral, y por otra parte la menopausia de la arterioesclerosis (menorragias tardías), que forma una gran parte de la etiología de las afecciones aórticas. La arterioesclerosis afecta al corazón, pero se manifiesta también en las arterias uterinas: de aquí dos clases de metrorragias, que importa mucho conocer, pues es un momento crítico en que la mujer teme una pérdida interpretándola como signo de tumor maligno ó afección grave. Estas metrorragias parecen diferir de las precedentes en que tienen á veces los retornos menos periódicos; su aparición súbita entraña sobre todo una cuestión de diagnóstico diferencial, y es necesario tener presente que á su vez agravan una lesión uterina concomitante.

5.° **FALSAS UTERINAS Y CARDIOPATÍAS DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA.** —Después de la menopausia, hasta una edad muy avanzada, pueden sobrevenir *pérdidas uterinas* sin ninguna explicación: en medio de una compleja etiología, algunas dependen quizás de la *arterioesclerosis*, y en una mujer de más de setenta años, miocardítica y albuminúrica, hemos formado esta hipótesis á falta de toda lesión uterina; la enferma murió dos años después sin haber presentado otros accidentes por parte de la matriz. Cuando se comprueba una lesión valvular, cualquiera que sea su origen, la influencia del corazón resulta más verosímil. En todas partes se encuentra citada la observación referida por Aran y Scanzoni: una mujer de sesenta y cuatro años, después de una especie de menopausia que duró de los cuarenta y ocho á los cincuenta y dos años, tuvo una pérdida sanguínea que repetía cada tres ó cuatro semanas y persistió hasta la muerte. Esta mujer tenía insuficiencia y estenosis mitrales. En la autopsia se pudieron comprobar los trastornos circulatorios que las lesiones del corazón habían

determinado en el sistema de la vena cava inferior, y estos trastornos eran en efecto la única causa de la hemorragia, pues los ovarios atrofiados no tenían ninguna huella de madurez reciente de un óvulo: el útero estaba aumentado de volumen y la mucosa congestionada.

Este ejemplo no es único ni mucho menos; conocemos y hemos encontrado varios otros.

6.° DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico de estas metrorragias de origen cardíaco no ofrece grandes dificultades. El quid estriba en pensar y en investigar si la acción del corazón interviene en la génesis de las pérdidas que tienen lugar en un útero sano, y aun cuando la matriz ó los anexos presenten alteraciones, conviene también comprobar si la hemorragia es sostenida ó exagerada por una lesión valvular. No obstante, se han descrito cardiopatías, asistolias de origen útero-ovárico, que el estudio de los síntomas y de los antecedentes evitará sean confundidas con un útero cardíaco. Con las metrorragias aparecen también otras complicaciones, cuyas relaciones con la causa primera es necesario conocer. Entre esos accidentes favorecidos por la congestión prolongada, nos bastará indicar el *catarro uterino* ya citado por Aran, la *metritis crónica, la infección del útero y de los anexos,* las *desviaciones:* las *reglas suplementarias ó desviadas*, sobre todo hacia el pulmón, no son raras. Convendrá, por último, no olvidar los peligros de un *embarazo intercurrente.*

V

Falsas uterinas y afecciones de la sangre

Algunas jóvenes se presentan á nuestro examen con todos los rasgos de la clorosis; están pálidas, nerviosas, tienen fácilmente sofocación, padecen del estómago y presentan trastornos menstruales. Al proceder á la auscultación, quedamos sorprendidos de percibir en la punta del corazón los signos de una estrechez mitral clara. Estas jóvenes padecen una falsa clorosis, ó mejor una *clorosis cardíaca,* según expresión de Germain Sée. Los fenómenos acústicos de la estrechez mitral ofrecen la particularidad de desaparecer y reaparecer con algunos días de intervalo (Mathieu), y G. Sée no admite el edema de los miembros inferiores sin lesiones valvulares, afirmación tal vez demasiado exclusiva. Pero lo que nos interesa mucho más es que la clorosis cardíaca provoca accidentes genitales

que de ningún modo dependen de lesiones útero-ováricas, y de los cuales es necesario buscar la causa en la estrechez mitral: pubertad difícil, alternativas de amenorrea y dismenorrea, y á menudo pérdidas excesivas, menorragias que acaban de hacer perder el color á la enferma. Ya anteriormente hemos insistido sobre todos estos fenómenos.

La verdadera *clorosis* va con tal frecuencia acompañada de perturbaciones menstruales, que una de las teorías más antiguas atribuía á la retención de las reglas la etiología de los «colores pálidos.» La amenorrea señala el comienzo de la afección en muchas jóvenes y la reaparición de la sangre es de buen pronóstico; la erupción de un líquido apenas coloreado produce á veces los más vivos dolores dismenorreicos, y en el período intercalar se establece casi siempre una leucorrea más ó menos espesa.

Con el nombre de *clorosis menorrágica*, Trousseau ha descrito una variedad de la enfermedad en la que sobrevienen cada mes hemorragias que adquieren fácilmente cierta gravedad: estado deplorable, síncopes frecuentes, colchones empapados por el flujo sanguíneo, menstruos de una abundancia exagerada y de muy larga duración, en esto consisten las observaciones de Trousseau, Thiroloix, Bouton y Gaulieur l'Hardy. Modernamente la obra de Trousseau ha sido desmembrada.

Admitimos aún una clorosis menorrágica propiamente dicha, sin lesiones genitales; pero sabemos también que en las cloróticas aparecen metrorragias por *metritis virginal* y metrorragias por *hiperplasia sexual* ó por *hipoplasia sexual* (la estenosis del cuello es causa frecuente de la metritis de las vírgenes); por último, ciertas pérdidas dependen de una *clorosis dispeptica*. Desde algún tiempo se han emitido acerca la patogenia de la clorosis hipótesis muy seductoras; pero aunque se refieran en parte á las falsas uterinas, preferimos, para ahorrar repeticiones, tratar esta cuestión más adelante, en los capítulos de la pubertad y de la opoterapia ovárica.

En el curso de las diversas *anemias*, predomina también la amenorrea hasta en la *anemia perniciosa*, llegándose á observar diversas hemorragias mucosas y cutáneas; igualmente, á consecuencia de pérdidas sanguíneas repetidas, de sangrías copiosas, las reglas se suspenden durante uno ó varios meses. Al contrario, en las *hemofílicas*, el flujo uterino es de tal abundancia y duración que agrava un estado general á menudo precario. En diversas ocasiones se han observado en el *escorbuto* y en la *leucocitemia* metrorragias repetidas, y los antiguos no dejaban, por otra parte, de incluir las enfermedades del *bazo* entre las causas de hemorragias de la matriz.

VI

Falsas uterinas y linfatismo

Causará quizás extrañeza que hablemos del *linfatismo* á propósito de las enfermedades de la sangre y del aparato circulatorio. Las linfáticas de pubertad lenta y más tardía que las artríticas, están sujetas á irregularidades menstruales «sin que sufran por ello las enfermas, sin que el órgano útero-ovárico resulte lesionado; para muchas de ellas, el período intercalar llega á ser normalmente de treinta y dos á treinta y cinco días» (M.me Guénot). Sienten los dolores del molimen con menos viveza que las neuroartríticas, pero quedan más fatigadas después del flujo.

Una leucorrea que se instala fácilmente y hace peligrosas todas las infecciones secundarias, constituye una complicación enojosa y tenaz de la escrófula y del linfatismo.

CAPITULO V

FALSAS UTERINAS Y AFECCIONES DEL RIÑÓN

I

Resumen histórico

Si dejamos aparte el riñón ectópico, que hemos ya estudiado en las ptosis abdominales, la historia de las falsas uterinas en el curso de las afecciones renales es poco conocida y muy incompletamente dilucidada. La noción del mal de Bright, tal como nosotros la concebimos, no es de muchos años, y se comprende que los autores antiguos dejaran de atribuir á su verdadera causa los fenómenos uterinos que dependían de una nefritis ó también de la litíasis renal. Cuando Pedro Frank estudia las pérdidas uterinas que sobrevienen en las hidrópicas, no está seguro de que todas sus enfermas estuviesen afectas de nefritis albuminúrica, y en varias de ellas sin duda la hidropesía tenía un origen cardíaco, hepático ú otro. G. Johnson, uno de los primeros, es muy afirmativo. «Un síntoma, dice, que ha de atribuirse á la enfermedad del riñón con orina albuminosa es la menorragia. Esta se ha presentado en grandes proporciones en una de nuestras enfermas.» Ch. West no es menos categórico: «En los casos de degeneración granulosa de los riñones, la menorragia dista mucho de ser un hecho raro. La sangre alterada, empobrecida, parece entonces escapar con mayor facilidad de los vasos del útero, cuando éstos se congestionan al retorno del período menstrual. Contamos, por nuestra parte, con tres ó cuatro casos de enfermedad supuesta del útero, en los que el examen más atento no logró evidenciar *ninguna lesión local* capaz de explicar la menstruación superabundante; pero se comprobó que la orina contenía una elevada proporción de albúmina.» Al mismo tiempo los tocólogos (Blot, 1849, etc.) establecían la influencia de la albuminuria sobre

las hemorragias que sobrevienen durante el embarazo ó después del parto, cuestión que no abordaremos aquí. Luego las observaciones se multiplican por varias partes, tanto que las hemorragias uterinas son admitidas por los clásicos, ya entre los pródromos de la *uremia*, ya lo más frecuente en el curso del *mal de Bright;* ya insistiremos de nuevo al tratar de la *nefritis granulosa* (Trier, de *Copenhague;* Martin, de *Berlín;* Masse, etc.).

Las metrorragias no son el único síntoma uterino capaz de producir engaño y de crear falsas uterinas; los dolores, la leucorrea, la amenorrea se manifiestan, no ya sólo á consecuencia de una nefritis, sino provocadas por el *mal de piedra,* los *tumores*, las *degeneraciones renales*, etc. Pichevin, Bouloumié, etc., han publicado ejemplos muy instructivos.

II

Consideraciones generales

Pocos órganos se prestan á establecer confusiones tanto como el riñón; las circunstancias, los prejuicios, las costumbres, las nociones corrientes favorecen los errores de una manera especial. Una enferma que aqueja dolor en la región lumbar y presenta un poco de leucorrea ó la menor perturbación menstrual atribuye en seguida á la matriz la causa de sus molestias; los padecimientos de riñones, cualquier mujer os lo dirá, dependen casi siempre de una afección genital. No se necesita más para crear una falsa uterina completamente convencida. Tanto más cuanto el *dolor renal* irradia fácilmente hacia el bajo vientre, á lo largo del ureter que puede también estar lesionado, y si de ello resulta cierta sensibilidad algo por encima de la vejiga en las proximidades del cuello del útero, es posible equivocarse, aun estando prevenido, y atribuir al aparato sexual lo que corresponde al riñón ó al ureter.

Los trastornos de la menstruación, sin ser muy frecuentes, no deben ser considerados como una rareza. Diversas *metrorragias* necesitarían ser discutidas. Ch. West las indica en la degeneración granulosa de los riñones; Lancereaux las comprueba en una muy curiosa observación (Th. de Fillioux) en que los riñones estaban disminuídos de volumen, sembrados de granulaciones amarillentas, y que la enferma murió de hemorragia cerebral. Trier, de *Copenhague*, publica dos casos en los cuales la exploración no reveló ninguna lesión de los órganos genitales, pero en la autopsia se encontró una nefritis crónica, con hipertrofia del ventrículo izquierdo

y un engrosamiento de la túnica muscular de las pequeñas arterias uterinas. Podríamos multiplicar los ejemplos, pero ya hemos tratado de esta cuestión en otro capítulo al estudiar la arterioesclerosis uterina. La nefritis granulosa, intersticial, esclerósica, va generalmente acompañada de una degeneración esclerósica, ateromatosa, de muchas arterias de la economía y en especial de las de la matriz; entre las metrorragias que tienen lugar en el curso de esta nefritis, las hay que dependen de una lesión local, de una arterioesclerosis uterina (véase pág. 52). Las hay también que son debidas á la enfermedad renal en sí, como ocurre en las otras nefritis albuminosas. No intentaremos discutir la patogenia de estas últimas metrorragias, que es la de las hemorragias en general causadas por las nefritis, y no ofrece nada especial desde el punto de vista ginecológico. Sin embargo, se producen con tanta mayor facilidad, no lo olvidemos, si el aparato genital lleva ya una lesión de por sí hemorragípara (endometritis, fibroma, quiste, etc.), que por su coexistencia favorece y agrava la tendencia á las pérdidas.

La *amenorrea*, mucho más frecuente que las metrorragias, sucede, reemplaza ó alterna con ellas cuando no se instala de buenas á primeras, y continúa siendo el síntoma dominante que presentan casi siempre las albuminúricas pálidas, anémicas, decoloradas, sobre todo cuando llegan á los períodos adelantados de su enfermedad. «Conforme á mi experiencia, dice Johnson, en un período avanzado de la enfermedad de Bright, la amenorrea es más frecuente que la menorragia.»

La *leucorrea* es habitual y abundante.

Acontece que los fenómenos evolucionan de una manera muy complicada en una enferma cuyo útero y riñones están á la vez alterados; los dos órganos actúan uno sobre otro, y el estado patológico complejo que de ello resulta exige una terapéutica que alcance á todos los factores etiológicos. Las dos afecciones conexas se agravan recíprocamente, y así una lesión que dormitaba en el aparato genital se despierta y provoca accidentes agudos por el impulso que á su vez recibe del aparato urinario enfermo.

III

Falsas uterinas y mal de Bright

La *nefritis aguda* raras veces origina las falsas uterinas, pues los síntomas de esa enfermedad son de ordinario tan manifiestos que no dejan lugar á duda; la anasarca, la oliguria, la orina sanguinolenta, etc., hacen

sospechar de buenas á primeras una alteración de los riñones, y si sobrevienen algunas complicaciones genitales, no se titubea en considerarlas como simples epifenómenos.

Otra cosa es ya la *nefritis crónica*, enfermedad que se oculta, es difícil á veces de descubrir y es necesario pensar en ella para encontrarla; sus accidentes vagos, poco precisos y transitorios, debidos á la uremia lenta, pasan desapercibidos en el curso de un examen en el que el clínico fija toda su atención en los trastornos menstruales y en algunos fugaces dolores lumbares. La *nefritis difusa* y la *nefritis degenerante* no determinan siempre edemas, ni sus síntomas son claros en todos los casos, y al igual que la *nefritis intersticial* se manifiestan muchas veces tan sólo por los signos de pequeña uremia con albuminuria que debemos buscar. No hay que atribuir entonces á los trastornos genitales una importancia de que realmente carecen.

La *amenorrea*, no solamente en los períodos avanzados de la enfermedad de Bright, como dice Johnson, sino también desde sus comienzos, constituye el *síntoma predominante*. Su aparición se verifica de un modo brusco ó gradual, faltando en el segundo caso las reglas una ó dos veces seguidas y haciéndose las supresiones más frecuentes y duraderas. Después de una interrupción que dura algún tiempo, las reglas reaparecen, comenzando por fluir una escasa cantidad de sangre decolorada, para tomar rápidamente las proporciones de una verdadera *menorragia*. El flujo menstrual se verifica con irregularidad creciente; á un período de amenorrea siguen varios meses de derrames acuosos (reglas blancas), y después, sin causa aparente, sobreviene en algunas mujeres una pérdida abundante.

La menorragia es el fenómeno constante y siempre es en la época de las reglas cuando se presenta la pérdida, al menos las primeras veces; en ocasiones persiste hasta el punto de unir dos menstruaciones consecutivas; pero su reproducción no es fija, de manera que la enferma puede muy bien pasar largo tiempo sin acusar nuevas hemorragias.

La primera alteración del aparato útero-ovárico consistirá siempre en un simple aumento del flujo catamenial.

En ciertos casos graves y raros, sobre todo *cuando el útero está también localmente lesionado*, las hemorragias se repiten, sobrevienen entre las épocas menstruales, acaban de postrar el estado general ya descalabrado y acentúan más la anemia, la debilidad, la palidez y el tinte pálido ó amarillento de la bríghtica.

Las pérdidas debidas á la *arterioesclerosis uterina* que evoluciona simultáneamente con la nefritis granulosa y que hemos estudiado en otro capítulo, se observan principalmente durante el período de la menopausia

y después de esta edad crítica, mientras que las demás variedades del mal de Bright provocan accidentes en todos los períodos de la vida, si bien preferentemente en el curso de la vida genital, desde la pubertad hasta la menopausia.

IV

Falsas uterinas y arenillas

Durante mucho tiempo se ha pretendido que las mujeres no estaban sujetas á padecer de arenillas ó por lo menos que padecían rara vez de litíasis; esta creencia equivocada y cuya falsedad comienza á demostrarse, ha motivado numerosos errores de diagnóstico. Nos limitaremos aquí á exponer lo concerniente al aparato genital.

Aran contaba á la *arenilla urinaria* entre el número de las complicaciones más frecuentes de la metritis crónica; Villemin hizo notar que este accidente era la consecuencia del reposo á que están sujetas las mujeres afectas de lesiones crónicas del aparato útero-ovárico; también para obviar este inconveniente, Gallard, siguiendo el ejemplo de Lisfranc, permitía algún ejercicio á sus enfermas. Bennett emitió una hipótesis análoga.

Estas diversas opiniones se fundan en casos bien demostrados, pero cuya interpretación no puede ser siempre idéntica.

A.—En algunas enfermas, las arenillas provocan síntomas que hacen creer equivocadamente que se trata de una afección genital;

B.—En otros casos de mujeres que sufrían ya de la matriz ó de los anexos, se complica y agrava su estado uterino con una litíasis urinaria coexistente, cuya formación ha sido favorecida quizá por su prolongada inmovilidad.

Bouloumié refiere en un trabajo reciente dos casos muy curiosos, señalando con mucha perspicacia «los casos en que las arenillas: 1.° simulan una afección anexial; 2.° coinciden con una afección de los anexos benigna, aparentando mayor gravedad; 3.° alternan con la congestión de los anexos; 4.° sobrevienen á consecuencia de una afección genital y del reposo que ésta exige; 5.° sobrevienen después de la ablación de los anexos.»

Sabemos por Augusto Boursier (comunicación oral) que antiguamente eran muy raras las mujeres que se trataban por las arenillas en las estaciones hidrominerales, mientras que hoy día son en mucho mayor número (la

proporción es aproximadamente la tercera parte del número de enfermas); sin embargo, las enfermas, lo mismo antes que ahora, se quejaban de molestias múltiples, pero se cuidaba siempre el útero, el intestino, etc., ó cualquier otro órgano sin preocuparse nunca del riñón. Créese acertadamente que las enfermas con litiasis renal han de acusar dolores á nivel de los riñones, y si bien esto es cierto, no lo es siempre, pues frecuentemente se quejan del bajo vientre, en el trayecto de los uréteres, y en ambos lados de las ingles.

Esas artríticas, con sus tendencias á las congestiones, suelen presentar un derrame leucorreico algo considerable; notan que la menstruación es más abundante que de ordinario y tienden con rapidez á transformarse en falsas uterinas. El cólico nefrítico, cuyo cuadro sintomático es característico, no las induce tanto á error, pero el *paso de la arenilla* á través de las vías urinarias simula perfectamente una afección de la pequeña pelvis; hay, en efecto, la misma dificultad, igual pesadez en las regiones lumbares é inguinales, las mismas irradiaciones en el bajo vientre y los muslos.

La vacilación es verdaderamente admisible cuando una mujer sometida á esas molestias y sensaciones acusa al mismo tiempo trastornos menstruales, hiperemia ovárica, haciéndose difícil el diagnóstico en el caso de existir una lesión del útero ó de los anexos de la que, bajo la influencia de la litiasis renal, se exageran todos sus fenómenos. Bouloumié ha puesto bien en evidencia esa complicación de una afección dolorosa de los anexos con la litiasis urinaria; los síntomas andan mezclados de un modo especial, por lo que debemos deslindar los que corresponden á cada órgano.

A. Boursier nos ha referido el caso muy interesante de una señora procedente de una familia artrítica y que era gotosa, que desde varios años venía sufriendo de todo el vientre, pero principalmente á nivel de los riñones y de la región ovárica. Durante mucho tiempo los cuidados y la medicación se dirigieron á combatir los accidentes ováricos; pero, finalmente, algunos trastornos en la micción dieron lugar á examinar la orina, donde se encontraron cristales de ácido úrico, oxalato de cal y granulaciones amorfas de urato de sosa. Con el tratamiento de las arenillas se obtuvo una gran mejoría local y general, que vino á confirmar el diagnóstico que se hizo últimamente.

Uno de nosotros tuvo ocasión de tratar una mujer de cuarenta y ocho años afecta de hiperestenia gástrica y de litiasis úrica, cuyos dolores en las regiones lumbares é hipogástricas obligaron repetidas veces á examinar los órganos genitales, los que se encontraron siempre sanos. El tratamien-

to de la litiasis úrica produjo la curación, ó cuando menos una mejoría muy notable de la enferma.

Merece citarse también el curioso caso, observado por uno de nosotros, de una mujer de treinta años, que á consecuencia de un aborto tuvo una salpingitis del lado izquierdo de forma subaguda con accesos febriles irregulares. Después de tres meses de reposo en cama parecía que había vuelto todo á la normalidad, el vientre ya no era doloroso, la trompa parecía exonerarse, y se pensaba ya en hacer levantar á la enferma, cuando súbitamente se vió acometida de violentos dolores por todo el abdomen, á los que siguió un acceso febril pasajero. Creyóse que se trataba de un nuevo acceso periuterino, desde el momento que el examen local revelaba un punto muy sensible á nivel del antiguo foco de salpingitis y se hizo entrever á la enferma que se vería obligada á guardar un nuevo período de reposo. Diez días después expulsó con la orina mucho sedimento, desapareciendo en pocos días todos los fenómenos que habían caracterizado el nuevo acceso. Conviene añadir, no obstante, que merced á esta crisis de cólico nefrítico en el mismo lado de la salpingitis, ésta pareció experimentar una especie de recrudecimiento pasajero.

Sobre todo en la menopausia es cuando estamos expuestos á equivocarnos, pues la litiasis, más frecuente en este período de la vida, se añade á los accidentes de la menopausia y sus manifestaciones vagas y frustradas contribuyen á hacernos pasar desapercibido dicho proceso litiásico entre la multitud de molestias que médicos y enfermos refieren á la edad crítica.

V

Falsas uterinas y tumores renales

No nos detendremos mucho en la enumeración de los diversos tumores renales y sus relaciones con la patología del útero: *hidronefrosis*, *pielonefritis*, *quistes*, *tuberculosis* y *cáncer* provocan dolores lumbares y pelvianos y van acompañados de trastornos menstruales que inducen á practicar el examen del aparato sexual.

Como dice Pichevin, es más fácil la confusión cuando existe al mismo tiempo una lesión ó una dislocación de los órganos genitales.

Todo cuanto se ha expuesto á propósito del *riñón dislocado* y de las *arenillas* nos dispensa de entrar en nuevos detalles. Recordaremos solamente que uno de nosotros señalaba entre los errores de diagnóstico á

que pueden dar lugar las pielitis, el caso de una mujer tratada por una perimetritis y en la que por un atento y minucioso examen se descubrió la existencia de una pielitis, cuyo comienzo, con un cortejo de síntomas generales muy poco comunes, había llamado la atención del cirujano hacia los órganos genitales. La confusión entre las *pielitis* y las *afecciones uterinas* ó *periuterinas* es algo frecuente, y actualmente conocemos 5 casos muy significativos (1).

VI

Diagnóstico

El diagnóstico implica algunas reservas.

Las enfermedades de los riñones determinan trastornos útero-ováricos, pero también las enfermedades de los órganos genitales provocan muy comúnmente *complicaciones renales*, y por lo que toca á la terapéutica, es de mucha importancia á veces el poder precisar cuál de las dos afecciones, urinaria ó genital, ha sido la primera en aparecer.

Ambas afecciones también pueden existir simultáneamente, evolucionar juntas, y aunque completamente independientes en cuanto á su origen, reaccionar la una sobre la otra en el curso de sus manifestaciones.

El asunto es delicado y no hemos de desperdiciar ocasión ni medio alguno para resolverlo, puesto que las manifestaciones patológicas del riñón y del útero se presentan muchas veces confusas, frustradas, y en buen número de casos el tratamiento se dirigirá á los dos órganos á la vez.

(1) ALBERTO ROBIN.—*Leçons de clinique et de thérapeutique médicales*, París, 1887, pág. 366.

CAPITULO VI

FALSAS UTERINAS Y AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

I

Consideraciones generales

Muy frecuentemente hemos invocado ya la intervención de las influencias nerviosas en la patogenia de los trastornos uterinos que sobrevienen en el curso de las enfermedades extrañas al aparato genital. En este lugar examinaremos también la acción del sistema nervioso, pero ya no transmitiendo á los órganos sexuales el efecto reflejo ó inhibitorio de una causa lejana, sino obrando por sí misma, merced al impulso de una enfermedad del eje cerebro-raquídeo ó de los nervios periféricos, de una neurosis, una psicosis, etc.

El sistema nervioso no se limita á presidir la sensibilidad de los órganos genitales sino que desempeña un papel de la mayor importancia en la circulación de la matriz y sobre todo ovárica, en los fenómenos de la ovulación y de la menstruación, y en parte dirige las relaciones que les unen entre sí. También las afecciones nerviosas y hasta los simples trastornos del buen funcionalismo ó del perfecto equilibrio del sistema nervioso repercuten fácilmente sobre el aparato genital. Fluxiones hemorragíparas, perturbaciones menstruales, congestiones y dolores que provocan infecciones secundarias, se presentan á consecuencia de accidentes nerviosos graves ó insignificantes, y hasta puede muy bien suceder que aparezcan síntomas violentos en completa desproporción con una causa común ú ordinaria, ínfima y hasta inesperada.

No es necesario que la enfermedad nerviosa sea muy temible ni tampoco bien caracterizada para que se altere la regularidad de la menstruación.

II

Falsas uterinas y neurosis

Una *emoción* más ó menos fuerte, un trastorno moral son suficientes para provocar la *amenorrea*. Las reglas se suspenden «súbitamente si la mujer recibe la conmoción moral ó es presa de algún terror en el período menstrual» (Astruc), ó aparecen á deshora ó después de un largo período de suspensión: la brusca suspensión ó la aparición retardada de las reglas, van acompañadas á veces de *reglas suplementarias* ó *desviadas* hacia otros órganos. Los autores que nos merecen más crédito (1) refieren casos en que en vez de la amenorrea se ha presentado una desacostumbrada exageración del flujo catamenial, *menorragias* cuya abundancia es variable y hasta *metrorragias* en el período intercalar. La certeza ó autenticidad de estos hechos nos parece indiscutible. La historia clínica de algunos casos que hemos podido observar nos induce á preguntarnos si bajo la influencia de un impulso nervioso brusco, directo ó reflejo, puede determinarse una verdadera enfermedad de la ovulación, fluxión ovárica llevada al extremo, apoplejía del ovisaco, de la cual la hemorragia del útero sería uno de los efectos más claros y manifiestos.

1.° FALSOS EMBARAZOS. — La amenorrea que sucede á las perturbaciones morales é intelectuales reviste en algunas neurópatas un carácter muy curioso y extraño. A la suspensión de las reglas se añaden síntomas abdominales de tal índole que las mujeres acaban por persuadirse de que están embarazadas. Esta es la verdadera historia de los *embarazos nerviosos, de los falsos embarazos*. Una mujer joven, estéril después de varios años de matrimonio, desea ardientemente un hijo; este deseo constituye su pena, su esperanza, su pensamiento constante. En estas circunstancias acontece que un mes faltan las reglas, comienza luego el vientre á aumentar de volumen y sentirse movimientos; si llega así al noveno mes pasa del mismo y nunca viene el parto. Se llama á un médico y éste, llevando el descontento y desolación á toda la familia, declara que no hay embarazo, y el abdomen vuelve como por encanto á su volumen normal. El abultamiento abdominal era debido al timpanismo y los pretendidos movimientos del feto tenían su origen en el intestino. El falso embarazo no alcan-

(1) Véase tesis de LEBLOND.—*Du rôle des ligaments larges et de l'appareil érectile dans les hémorrhagies uterines*. Paris, 1870.

za siempre los nueve meses, pues algunas veces, después de faltar varias reglas, reaparece la sangre y entonces puede pensarse que se trata de un aborto. Pero el caso se complica y resulta mucho más embarazoso si la mujer, como es posible, queda embarazada en el curso de una amenorrea ó de un falso embarazo. Del mismo modo que el deseo inmoderado, el miedo en las nerviosas que temen mucho las consecuencias de un desliz, da lugar á un conjunto de síntomas capaces de simular el embarazo.

2.° NEURASTENIA.—No siempre es de un embarazo de lo que se trata, pues las *Neurasténicas* inventan de un modo muy completo las enfermedades uterinas más terroríficas y exponen con gran lujo de detalles las miserias ó prejuicios que les tienen obsesionadas y que muchas veces tienen poco ó ningún fundamento. No hemos de confundir esta clase de mujeres con las desgraciadas enfermas que á consecuencia de largos sufrimientos pelvianos y genitales se han vuelto con el tiempo neurasténicas. Las falsas uterinas son las que nuestro colega y amigo Armando Siredey denomina neurasténicas primitivas, aquellas, dice, que buscan un pretexto ó motivo para localizar sus tendencias neurósicas, á la manera de clavo para fijar su neurastenia. Este pretexto podrá ser un trastorno menstrual ó genital insignificante ó un dolor que no tenga ninguna relación con el aparato genital. Ya hemos tratado esta cuestión al estudiar las afecciones del tubo digestivo y la enteroptosis, por lo que no hay para qué entrar aquí en prolijos detalles.

Se trata de mujeres impresionables, aterrorizadas por el relato de operaciones quirúrgicas que han debido practicarse á sus amigas, ó que han oído hablar de tumores abdominales, cáncer, salpingitis, etc.; basta entonces que sientan cualquier dolor en el bajo vientre para que se preocupen en seguida y se alarmen después por las consecuencias. El médico les explicará que su dolor no ofrece gravedad, que su causa está en el intestino y que los órganos genitales se conservan sanos; ellas salen de la consulta tranquilizadas, pero vuelven luego á asaltarles los temores ó preocupaciones y visitan sucesivamente á los especialistas, ginecólogos, médicos y cirujanos por una neuralgia, un espasmo intestinal y hasta á veces por nada.

Otras neurópatas tienen dismenorrea ó algunos ligeros accidentes menstruales. El vaginismo, la menorragia ó un retardo en la menstruación, una simple leucorrea adquieren á sus ojos tal importancia y gravedad, que día y noche están continuamente pensando en ella, á cuyo estado de constante preocupación vienen á añadirse la debilidad neurasténica, los vér-

tigos, la cefalea y los trastornos dispépticos, acabando esas mujeres por verse realmente enfermas.

Lo más triste de su historia patológica es que nunca podemos tener la seguridad de haberlas convencido de lo inútiles y vanas que son sus angustias y penas, pues si bien parecen demostrar gran confianza en lo que se les dice, y reconocen que se han alarmado sin motivo, apenas han salido de nuestra consulta ya se dirigen á exponer á otro médico las mismas cuitas.

En estos últimos años se han citado accidentes neurasténicos cuya localización en el útero es digna de estudio. Entre los casos de hematemesis, hemoptisis, de origen neurasténico, varios autores han publicado otros de *metrorragias*. Ausset (*Revue de Médecine*, 1897) ha reunido algunas observaciones que nos parecen verdaderamente demostrativas. «La hemorragia, dice, ordinariamente no es muy abundante... Cosa notable, después de la hemorragia desaparece toda sensación molesta, no quedando más que una debilidad considerable y un aumento de los síntomas neurasténicos. Si se averigua luego la causa del mal, la enferma, gracias á un tratamiento apropiado, logra en pocos días restablecerse por completo, pudiendo dedicarse de nuevo á sus ordinarias ocupaciones. Este es un hecho que importa mucho tener en cuenta, pues se concibe perfectamente que una hemorragia dependiente de una lesión orgánica, tuberculosis pulmonar, úlcera redonda ó cáncer del estómago, *metritis*, no permitiría un tan rápido restablecimiento de la salud, y lejos de esto parece que son los vasos congestionados los que se vacían y que á esto se reduce el fenómeno.» Estas *hemorragias neuropáticas* (Parrot) son muy parecidas, como ha hecho notar Ausset, á otros trastornos de origen vasomotor, tales como la roseola emotiva, los edemas, las crisis rápidas de diarrêa, etc., etc.

3.° **HISTERISMO.** — El *histerismo* es causa también de falsas uterinas que tienen muchos puntos de semejanza con las neurasténicas en su patogenia y en sus manifestaciones sintomáticas. El accidente que con más frecuencia determina es sin disputa la suspensión de las reglas. La *amenorrea histérica* es comúnmente admitida; con un ligero timpanismo, constituye uno de los falsos embarazos de que hemos hablado anteriormente. La exageración del flujo menstrual y sobre todo la aparición de un derrame sanguíneo en el período intercalar son, por el contrario, mucho más raras. Esto no obstante, se han descrito repetidas veces casos de *menorragias* y *metrorragias histericas*. Gilles de la Tourette cita observaciones y notas de A. Martín y de Fabre: «Las metrorragias histéricas, dice este último autor, revisten á mi entender un triple carácter: no

aguardan generalmente á presentarse en la época regular de la menstruación: son, permítaseme la expresión, unas reglas irregulares; además, alternan á veces con menstruaciones insuficientes, y por último, van frecuentemente acompañadas ó precedidas de dolores vivos y hasta violentos, que no se explican por ninguna desviación ni inflamación del órgano.» No hemos podido nunca comprobar por nosotros mismos casos análogos, á pesar de lo cual no rehusamos admitirlos, á lo menos por lo que concierne á las menorragias. Pero con Fabre será prudente mantener ciertas reservas y sospechar que gran número de esas hemorragias pueden ser debidas á una afección uterina que ha pasado fácilmente desapercibida.

Casi tan frecuentemente como la amenorrea, el *dolor* es un síntoma que se observa en las histéricas; dolor transitorio ó permanente, ó continuo con paroxismos.

En el momento de la erupción menstrual, cesa con el derrame de sangre una *dismenorrea* muy intensa, persistiendo á veces, sin embargo, en forma de *neuralgia* de exacerbaciones periódicas. Los puntos dolorosos, llamados ováricos y la sensibilidad de todo el bajo vientre dificultan considerablemente la práctica del reconocimiento; pero podemos asegurarnos de la integridad de los órganos genitales y descubrir también los puntos dolorosos de una *neuralgia lumboabdominal* con irradiaciones en los riñones y hasta en los miemoros inferiores; los puntos dolorosos se localizan preferentemente en el útero, ó bien, según las investigaciones de Pichevin, son todos los órganos genitales internos los que están dolorosos, existiendo una neuralgia de toda la pequeña pelvis. Gilles de la Tourette llama la atención acerca los dolores histéricos pelvianos de atroces paroxismos, en los que ha observado un aura inicial, convulsiones terminales con un estado mental especial y seguidos de la emisión de una orina clara.

Las histéricas sufren dolores *topoálgicos* y nosotros hemos visto casos de conservarse uno ó varios puntos de neuralgia pelviana, rebeldes á todo tratamiento, sin mejorar ni aliviarse durante muchos meses y con los accesos que se hacían más violentos en cada período catamenial.

No hemos de detenernos en las demás enfermedades del sistema nervioso que se agrupan, con ó sin fundado motivo, bajo la denominación de *neurosis;* las manifestaciones útero-ováricas que producen se reducen principalmente á algunos trastornos de la menstruación, por lo general de escasa importancia. Todos esos casos han sido bien estudiados en la tesis de Lévis *(Des Troubles de la Menstruation dans les Maladies du Système Nerveux)* inspirada por uno de nosotros.

4.° EPILEPSIA. — En algunas mujeres *epilépticas*, puede observarse la dismenorrea ó la amenorrea. Mas si la neurosis tiene poca influencia ó resonancia sobre las reglas, la acción del molimen catamenial sobre los accidentes convulsivos es más real y verdadera; las crisis epilépticas estallan fácilmente con motivo de las reglas, y la época de la pubertad se señala muchas veces con la aparición del primer acceso comicial. (Epilepsia menstrual; Brierre de Boismont, etc.).

5.° BOCIO EXOFTÁLMICO. — En el *bocio exoftálmico* se observan casi siempre la leucorrea y la suspensión de las reglas hasta de una manera muy precoz, al mismo tiempo que se produce una atrofia mamaria y genital, atrofia que tiende á disminuir y á desaparecer con la curación de la enfermedad de Basedow. Theilabert pretende además que el bocio exoftálmico, cuyas relaciones con las modificaciones del aparato genital están bien demostradas, puede presentarse consecutivamente á un embarazo ó á la lactancia. Desde el punto de vista patogénico, hemos puesto ya anteriormente en parangón el *mixedema* y la enfermedad de Basedow; la oposición que generalmente se establece entre estas dos afecciones se pretende que existe hasta en los síntomas uterinos; la frecuencia y gravedad de las metrorragias en el curso del mixedema es reconocida por todos los autores.

III

Falsas uterinas y afecciones nerviosas tróficas ó vasomotoras

1.° ENFERMEDAD DE RAYNAUD.—En la *enfermedad de Raynaud* la amenorrea es tan común al comienzo de la asfixia simétrica de las extremidades, que repetidas veces ha sido considerada como la causa provocadora de dicha enfermedad.

2.° ESCLERODERMIA.—También es la amenorrea la que se presenta con marcada preferencia y predominio en la *esclerodermia*, si bien se han referido casos de menorragias y de dismenorrea.

3.° ACROMEGALIA.—Finalmente, en la *acromegalia* la supresión de las reglas es de tal importancia, que ha sido considerada como un síntoma esencial y primario de esta afección en la mujer (Marie, Souques, Souza Leite).

IV

Falsas uterinas y Psicosis

Pasaremos muy por alto y rápidamente por las PSICOSIS. «Unas veces, *y es el caso más frecuente*, dice Brierre de Boismont, los trastornos menstruales son posteriores á la pérdida de la razón; otras, por el contrario, preceden al delirio y parecen realmente ser su causa.» Los trastornos de la menstruación no hacen aparecer la locura, antes al contrario, casi siempre se manifiestan después de ella; en las *alienadas* todavía regladas, es más lógico suponer que los períodos menstruales coinciden con una agravación del estado mental. La amenorrea constituye también el síntoma predominante en el curso de las *manías*, *delirios*, *locuras periódicas*, etc., aun antes del período caquéctico. Según Ballet, en algunas *lipemaníacas* sobrevienen en el período de la menopausia metrorragias. ¿Deben atribuirse á la lipemanía?

V

Falsas uterinas y enfermedades orgánicas de los centros nerviosos

La última fase ó período de las ENFERMEDADES ORGÁNICAS DE LOS CENTROS NERVIOSOS va acompañada de amenorrea; la supresión de las reglas va precedida de irregularidades menstruales, algunas veces de metrorragias (como, por ejemplo, en las paralíticas generales). Antes del período caquéctico no son muy comunes los trastornos genitales; en la *tabes dorsalis* se presentan en realidad muy raras veces las crisis clitoridianas (Pittres) y las crisis vulvovaginales (Morselli) que serían debidas á un espasmo del constrictor de la vagina.

VI

Falsas uterinas y neuralgias

La influencia de las NEURALGIAS sobre las congestiones de los órganos genitales ya de mucho tiempo observada y estudiada por Marrotte, Axenfeld, Huchard y Lancereaux, parece en la actualidad bien reconocida, siendo

muy común recordar á este propósito y por vía de comparación las congestiones que se observan en el ojo y en la mucosa conjuntival en los casos de neuralgias trifaciales. No insistiremos, por nuestra parte, sobre los trastornos vasomotores que sobrevienen en el curso de los accesos dolorosos, y bastará indicar que la acción de la neuralgia se deja sentir en el momento de la ovulación y de la menstruación, ó durante el período intercalar; la *leucorrea, menorragia, metrorragia, ingurgitación* y *tumefacción de la matriz* se observan en buen número de casos. En la tesis de Lévis se encuentra la historia muy curiosa de una mujer que ya había entrado en la menopausia y que acudió á nuestra consulta del Hôtel-Dieu por una pérdida uterina provocada por una neuralgia lumboabdominal, como se demostró más tarde de un modo evidente. En efecto, la *neuralgia lumboabdominal* y la afección descrita con el nombre de *neuralgia uterina* retientan muy frecuentemente sobre el aparato sexual. Durante las crisis dolorosas se presentan flujos sanguíneos ó leucorreicos, cuya irregularidad varía á tenor de los dolores. Estos cambios rápidos y simultáneos en la abundancia del flujo son considerados por Marrotte como la característica de esta variedad de pérdidas, cuya índole se demuestra también por la eficacia del tratamiento antineurálgico. Marrotte atribuye además á esta causa la producción de ciertos *hematoceles periuterinos;* pero en esto incurre quizá en alguna exageración. La tumefacción del útero sensible al tacto, añade Lancereaux, ha dado lugar á que se diagnosticaran equivocadamente cuerpos fibrosos de dicho órgano.

Estas neuralgias no aparecen siempre de un modo espontáneo, sino que á veces son la secuela de una afección ya extinguida de los órganos genitales, la cual vienen á despertar, y su influencia es tanto más perjudicial cuanto que se ejerce sobre un aparato útero-ovárico predispuesto á fluxiones por accesos anteriores.

CAPITULO VII

FALSAS UTERINAS Y AFECCIONES ARTRÍTICAS

I

Consideraciones generales

¿Qué motivo había para que ciertas exageraciones hicieran caer en descrédito el estudio de las relaciones entre las enfermedades constitucionales y la patología uterina? El asunto es tan interesante como real y verdadero.

Indudablemente las *leucorreas gotosas* de Storck y de Stoll, como las *metritis artríticas* de Guilbert, no son casos de observación admisible en todas sus partes, y es cierto también que, en época más cercana á la nuestra, Martineau ha incurrido en alguna exageración y Gueneau de Mussy se ha excedido quizá en algunos puntos, seducido por el brillante aparato de concepciones generales. Pero, ¿es esto motivo suficiente para hacernos caer en una exageración contraria como lo fuera negar á las manifestaciones diatésicas toda acción ó influencia sobre la vida genital? Las funciones útero-ováricas por las que se rige la reproducción de la especie no pueden librarse de estas influencias cuyos efectos ya experimentamos desde el nacimiento y que, «por transmisión hereditaria, se prolongan más allá de la vida del individuo.»

II

Semiologia de los accidentes útero-ováricos en las artríticas

La clínica nos demuestra que los trastornos uterinos, «*modificados por la gota ó por manifestaciones diatesicas directas*» (Rendu), revisten ordinariamente en las artríticas un carácter ó fisonomía especial.

1.° GOTA.—REUMATISMO CRÓNICO.—HERPETISMO.—La *pubertad* es penosa en las jóvenes de herencia gotosa; se complica, dice Rendu, con metrorragias abundantes y crisis dolorosas periódicas, que se han denominado bastante ingeniosamente *jaquecas uterinas*. Más precoz que en las linfáticas, va seguida de una menstruación con reacciones vivas, y cuyos períodos intercalares, bastante breves, se reducen hasta á veinticuatro y veintiún días.

La tendencia á las congestiones, tan habitual en las artríticas, imprime su huella sobre los fenómenos menstruales y basta para crear falsas uterinas. Raciborski, West, Simpson, Courty, Begby, indicaron ya en las diátesis *reumática, gotosa, eczematosa, herpética*, etc., esta aptitud para las congestiones uterinas y para las pérdidas, de lo que Verneuil, Lancereaux y Rendu nos han suministrado ejemplos y pruebas ciertas. Verneuil cita varios casos de *metrorragias* de naturaleza congestiva alternando con epistaxis juveniles, cólicos hepáticos y hemorragias vulvares ó anales; algunas habían sido inútilmente tratadas por el raspado.

Las *menorragias*, que preceden de ordinario á las metrorragias, escribe Lancereaux, están caracterizadas por un flujo menstrual mucho más abundante que normalmente, y tiene una duración de ocho á diez días con descaecimiento, malestar y fatiga. Varias de sus enfermas han presentado después de las reglas una pérdida casi continua, y en algunos casos apareció periódicamente un flujo sanguíneo al undécimo ó duodécimo día del período intercalar. Courty refiere igualmente la historia de una señora de cuarenta y cinco años de edad, gotosa y hemorroidaria, cuyo útero sufría una congestión que doce días después de la cesación del menstruo se exageraba hasta el punto de producir vivos dolores, imposibilidad de andar y trastornos generales graves. Estas pérdidas, con tendencia á la periodicidad, sobrevienen sin causa alguna y adquieren un carácter especial por la *tumefacción de la matriz*, los dolores y la fatiga que los acompañan.

El *dolor*, en efecto, es el síntoma que hallamos en todas las observacianes: dolor precediendo al molimen catamenial; dolor *dismenorreico* en el momento de las reglas disminuído, cuando no calmado, por la erupción de la sangre; sufrimientos aparte de las reglas, que hacen penoso el estar de pie, andar y hasta el menor esfuerzo. Una *neuralgia* uterina, ovárica, lumboabdominal aparece con motivo de una insignificante alteración de los órganos genitales, y adquiere tal intensidad, que resulta difícil aliviarla ó calmarla; á la larga ó desde un principio toda la pelvis se pone dolorosa. Como hace notar Rendu, es necesario tratar estas formas clínicas por la medicación general mejor que por los tópicos locales.

La *dismenorrea membranosa,* que ya Todd había visto coincidir con el *reumatismo nudoso,* no reconoce, según parece, una sola patogenia. Muchas veces ha sido atribuída á una congestión de la mucosa uterina y quizás estos casos que tienen un origen hiperémico, fluxionario son aquellos que todos los autores están de acuerdo en considerar como de frecuencia relativa en las neuroartríticas; pero es muy probable que la acción de la diátesis esté favorecida por un estado local. Sea como fuere, en vez de hacer depender del reumatismo crónico algunas formas de dismenorrea membranosa, es más lógico (Besnier) considerarlas como dos manifestaciones morbosas que emanan de un origen común: **el artritismo.**

Al contrario, hay mujeres que, lejos de presentar hemorragias, acusan una *supresión de las reglas;* no hay ley absoluta. Uno de nosotros cuidaba á una señora con reumatismo crónico, que hacía un año estaba amenorreica; el tratamiento de la afección reumática, seguido de mejoría general, dió lugar á la reaparición, cuando menos momentánea, del menstruo. Del propio modo en la *uricemia de la juventud,* de la que no hace mucho tiempo se han publicado curiosos ejemplos en las jóvenes, las reglas quedan suprimidas ó la pubertad no llega á establecerse.

Debemos, por último, anotar aún el *prurito vulvar,* y sobre todo la *leucorrea,* cuya abundancia parece verdaderamente alternar á veces con otros flujos ú otras manifestaciones gotosas, eczematosas ó reumáticas.

La acción de la diátesis se manifiesta con tanta mayor facilidad en el aparato genital si éste lleva una alteración patológica, y á nuestro modo de ver, á la influencia del terreno es á la que se debe atribuir la marcha y la evolución que adquieren las afecciones útero-ováricas en las artríticas; la enfermedad constitucional favorece las complicaciones ó las reacciones, las maneras de ser, si se nos permite esta palabra, pero de ningún modo da lugar á la producción de una lesión orgánica.

Tal es como comprendemos la **gota uterina.**

2.° **DIABETES.**—Poca cosa diremos de la *diabetes,* que produce ora metrorragias, con mayor frecuencia amenorrea, prurito vulvar, y sobre todo una leucorrea y vulvitis de repetición.

3.° **OBESIDAD.** — La *obesidad* resulta un asunto del mayor interés para nuestro estudio, del que deberemos ocuparnos algo detenidamente.

Es proverbial reconocer que la obesidad aminora las funciones genitales. Las jóvenes polisárcicas tienen una pubertad precoz, pero en seguida resultan poco ó mal regladas y luego *estériles.* La *amenorrea* es de

tal modo frecuente, que á menudo se la ha considerado no como efecto sino como causa de la obesidad. La invasión de grasa en todo el organismo en la época de la menopausia natural ó quirúrgica ha motivado una terapéutica que tiende á procurar la reaparición de las reglas á fin de luchar contra la adiposis; la interpretación del fenómeno es exactamente igual en los dos casos, la amenorrea es á la vez causa y efecto. Su coincidencia con el desarrollo de un vientre de difícil palpación ha ocasionado á veces errores diagnósticos, habiéndose creído en la existencia de embarazos, cuando se trataba de falsos embarazos ó *embarazos adiposos*.

Esta acción de la obesidad sobre la supresión de las reglas era conocida desde mucho tiempo, pero la noción de su influencia sobre las hemorragias de la matriz es de fecha mucho más reciente. Dancel, uno de los primeros (*Gazette des Hopitaux*, 1866), habló de *las metrorragias en las mujeres gruesas* y observó que las pérdidas se suspendían con sólo el tratamiento conveniente del estado general. Posteriormente, esta cuestión ha sido tratada varias veces, y en Burdeos, Monod, Piéchaud, Rivière, A. Boursier han referido sucesivamente casos muy curiosos. Un punto hace que la interpretación de los hechos resulte á veces muy difícil: las menstruaciones profusas, como todas las pérdidas de sangre repetidas, provocan la sobrecarga adiposa (éste es un fenómeno que los fisiólogos producen á voluntad sangrando frecuentemente á los animales). También es sabido que la obesidad es suficiente para determinar pérdidas uterinas, abundantes unas, reducidas otras á un rezumamiento prolongado, estando los órganos genitales absolutamente sanos. Aparecen también con bastante frecuencia después de la menopausia, puesto que es la época en que la mujer engruesa, y en este período de la vida son causa de verdaderas inquietudes.

Dancel invoca, para explicar esto, por una parte, la falta de tonicidad de los tejidos, que contienen una enorme cantidad de agua, y por otra, el estado acuoso de la sangre, pobre en glóbulos. Por nuestra parte tenemos también muy en cuenta la manera cómo se verifican los cambios en el organismo de las obesas, su nutrición íntima, el artritismo que preside la evolución de su economía, los trastornos cardíacos, renales y hepáticos que complican la polisarcia.

El estado del intestino no carece tampoco de importancia. Guéniot (1878) describe un *prolapso grasoso* del abdomen, que ocasiona dolores lumbares, hipogástricos, con propensión á la fatiga y retortijones á nivel de los vacíos. Hemos observado algunas enfermas en que el prolapso grasoso del abdomen determinaba los signos de las ptosis viscerales. No tiene, pues, nada de extraño que por influjo de estas múltiples causas,

sobre todo si el útero tiene una lesión ligera, se establezca fácilmente la metrorragia.

Una mujer de cuarenta y siete años de edad, obesa desde hacía cinco años, cuya madre fué obesa y diabética, vino á consultarnos por pérdidas en la época de las reglas, tan abundantes desde unos tres años que mojaba hasta quince paños al día. Por otra parte tenía constipación habitual y presentaba un descenso considerable de todo el abdomen, recargado de grasa, con un poco de metritis crónica. Le prescribimos ligeros purgantes, una faja ó cinturón abdominal y algunas inyecciones calientes. La enferma volvió á nuestra consulta varios meses después; la abundancia de las reglas era mucho menor, no duraban más allá de cuatro días y no contenían ya coágulos.

Sneguirew afirma que la obesidad congénita va acompañada de amenorrea y de una pequeñez del útero, que no se desarrolla, mientras que la obesidad adquirida origina las metrorragias.

CAPITULO VIII

FALSAS UTERINAS Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TÓXICAS

I

Infecciones. — Estudio clínico

«Las enfermedades crónicas suprimen las reglas, las enfermedades agudas las provocan,» dice Hérard, y Gubler le hace notar que, al decir esto, no está en lo cierto, ya que considera equivocadamente todas las metrorragias como vinculadas á un trabajo menstrual. La Memoria de Hérard, en efecto, en 71 casos, contiene muchos ejemplos en los que ha observado «anticipación de las reglas con toda evidencia provocada por la afección febril aguda.» Gubler, al contrario, prueba la falta de ovulación en varias de estas menstruaciones intempestivas, y considera muchas metrorragias que aparecen al principio de las fiebres, como simples *epistaxis uterinas* y no verdaderas reglas. Pero Gubler procura no caer en exageración, ya que añade en sus conclusiones:

Pueden presentarse tres casos: que las enfermedades agudas respeten la función menstrual, que la supriman y que la aceleren. Pero, según toda apariencia, la anticipación no puede ser de más de una semana.

Las enfermedades agudas pueden, al contrario, determinar epistaxis uterinas casi á los ocho días después de la última regla, lo propio que algunos días tan sólo antes de la próxima menstruación é indiferentemente en todo el intervalo.

El período de las pirexias en que más frecuentemente se presentan epistaxis uterinas es el de invasión.

Por consiguiente, las epistaxis uterinas se observan con mayor frecuencia *al comenzar las flegmasías torácicas y abdominales, las fiebres*

tifoideas, las erisipelas ó las erupciones febriles y sobre todo en el período inicial de las fiebres exantemáticas típicas: sarampión, escarlatina y viruela.

Y mientras Hipócrates enseña que en muchas jóvenes las reglas aparecen por vez primera en el curso de una enfermedad aguda, Gubler no acepta esta opinión, y considera más verosímil la hipótesis de una epistaxis uterina, puesto que las reglas no se presentan sino previos ciertos cambios orgánicos dependientes del desarrollo sexual.

La Memoria de Gubler ha pasado á ser clásica por ser fruto de profunda observación. En el curso de las enfermedades agudas, sobrevienen *hemorragias que no tienen ninguna relación con la ovulación, pérdidas dependientes de la menstruación, fases de amenorrea,* sobre todo en la convalecencia, cuando ha estado profundamente trastornada la economía. De estas hemorragias, unas carecen de importancia, otras llegan á ser graves por su significación ó su abundancia, como en la viruela por ejemplo. Raciborski refiere un caso de metrorragia mortal en el curso de una escarlatina.

A las enfermedades agudas enumeradas por Gubler, añadiremos *las púrpuras* (infecciosas ó no); en el curso de la epidemia *de grippe* desarrollada recientemente en París, hemos prestado nuestros cuidados á varias mujeres cuyas reglas se han adelantado ó aumentado por los fenómenos de invasión brusca de la influenza. En el *cólera* se han observado varias veces pérdidas sanguíneas, y Slavjanski ha descrito lesiones de la mucosa uterina.

En la epidemia de 1884, practicamos la autopsia de una joven que sufrió un acceso de cólera fulminante estando en período menstrual, y murió en pocas horas en la visita de nuestro maestro Empis. Encontramos una apoplejía ovárica llevada á los más extremos límites; el ovario, repleto de sangre, contenía un coágulo enorme rodeado por un tejido dislacerado; quitado este coágulo, quedaba una bolsa de paredes rasgadas y friables. Por el contrario, la trompa y el útero ofrecían alteraciones mucho menos intensas.

No intentamos revistar aquí todas las enfermedades infecciosas; sólo algunas merecen atención, y entre ellas la más curiosa por sus efectos es indudablemente el *paludismo.* Gaillard Thomas coloca el paludismo entre las causas de la *dismenorrea* y, antes que él, Delioux de Savignac, aconsejaba que se traten con el sulfato de quinina las menstruaciones dolorosas en las cloroanémicas impregnadas del miasma palúdico; convendrá también no olvidar la quinina en las neuralgias lumboabdominales intermitentes ó fijas, que en los países de fiebres complican la dismenorrea ó todo otro

accidente del aparato genital. La *leucorrea* y la *amenorrea* aparecen en todas las fases de la enfermedad, pero sobre todo en el curso de la *caquexia palúdica;* la *pubertad* es tardía.

La cuestión verdaderamente intrincada es la de las *metrorragias:* Duboué de Pau, Burdel de Vierzon, Coriveaud, Petit y Verneuil habían ya tratado dicha cuestión y en ella ha insistido Lardier en 1888. Muy recientemente Bogdan ha publicado dos nuevos casos. Durante el acceso febril, en el momento de las congestiones profundas que acompañan sobre todo al estadio de frío, si siguen las reglas, no es raro que adquieran una abundancia de todo punto inusitada. Aparte de los períodos menstruales, los accesos palúdicos provocan pérdidas que á veces resultan claramente intermitentes y aun cotidianas. El sulfato de quinina obra eficazmente contra estos fenómenos. Para prescribirlo no se debe esperar á que la metrorragia adquiera un tipo intermitente ó coincida con un acceso; el medicamento, en los países de malaria, ha triunfado de metrorragias vulgares en apariencia, mas tras de las cuales se podía sospechar la existencia de la infección palúdica.

Pero, á consecuencia de las enfermedades agudas, no podemos, como Herard y Gubler, considerar todas las metrorragias sin distinción como trastornos funcionales en las falsas uterinas; esto fuera absoluto en demasía. Las fiebres exantemáticas son, según muchos autores, susceptibles de provocar una *metritis*. Pozzi, á consecuencia de la grippe, ha observado brotes de *perimetrosalpingitis*, y refiere que Gottschalk y Goldberg han visto suceder á la influenza y al escorbuto la *metritis hemorrágica*. El mal estado general del organismo después de las fiebres graves dejaría la matriz más fácilmente vulnerable á la acción de los microbios patógenos.

La evolución de estos accidentes, su retorno ó desaparición, el examen de los órganos genitales permiten, sin grandes dudas, en la mayoría de los casos, distinguir la metrorragia funcional de la que depende de una endometritis.

Por lo que toca á las infecciones de evolución más lenta y crónica, es natural que insistamos en la amenorrea sobrado conocida de la *tisis*. Fournier ha descrito de un modo completo los desórdenes útero-ováricos que aparecen en el curso de la *sífilis*, y con preferencia en el de las sífilis graves. La *leucorrea*, que no es contagiosa, la considera un efecto de la debilitación general, más bien que de la infección en sí. Las *neuralgias* pelvianas, la neuralgia uterina, la histeralgia, no son raras, y los trastornos menstruales son asimismo frecuentes. Las sifilíticas sujetas á retrasos menstruales y á una disminución marcada del flujo sanguíneo, presentan fases más ó menos largas de *amenorrea*, que en estas mujeres, muy á me-

nudo neurastenizadas, simula una gestación cuando menos en los primeros meses. Fournier ha observado que varias supresiones mentruales consecutivas iban seguidas de *metrorragias*.

II

Intoxicaciones.—Estudio clínico

La influencia de los venenos sobre el aparato genital de la mujer se relaciona íntimamente con la terapéutica, y tendremos más adelante que tratar de nuevo esta cuestión al estudiar la historia de los *Emenagogos* (1). Seremos, pues, breves para evitar repeticiones. El tratar de las metrorragias observadas en el curso de un tratamiento por el *yodo* ó el *yoduro potásico*, nos llevaría inevitablemente á hablar de la tintura de yodo, preconizada para favorecer el establecimiento del flujo catamenial; ocurriría lo propio con la *sabina*, la *ruda*, etc., cuyas preparaciones son peligrosas y tóxicas á dosis relativamente poco elevadas.

Bastará, pues, con fijarnos en algunos casos generales.

Las primeras etapas del *alcoholismo* son marcadas fácilmente por *metrorragias* abundantes y repetidas (Lancereaux). Pedro Frank, en su tratado de Medicina Práctica, señalaba ya estos accidentes en las personas dadas á las bebidas espirituosas. Hemos podido observar un curioso ejemplo de ello en la clínica de nuestro maestro, X. Gouraud, en la Charité, en una mujer con gastritis etílica; reglas profusas y pérdidas sanguíneas intercalares acompañaban á los paroxismos de padecimiento estomacal, y creemos también que por reciprocidad la aparición de las reglas exasperaba los accesos dolorosos.

Más tarde, las reglas se suspenden de un modo definitivo, aun siendo la enferma todavía joven, hacia los treinta ó treinta y cinco años.

Las intoxicaciones por el *fósforo*, el *sulfuro de carbono*, el *mercurio* y el *arsénico* provocan á menudo hemorragias uterinas; en el período de *caquexia mercurial*, etc., se establece, al contrario, la amenorrea, como también en el *morfinismo*.

Las metrorragias son favorecidas por el *salicilato de sosa*, y el envenenamiento por el *óxido de carbono*, si no determina la muerte, va á veces seguido de una erupción menstrual precoz y abundante.

El *saturnismo* merece en algún modo mención especial; el cólico de plomo, cuando sobreviene en el momento de fluir las reglas, puede

(1) Véase más adelante *Medicación y medicamentos emenagogos*.

disminuirlas y hasta suprimirlas del todo. Tanquerel refiere el caso de una mujer cuya menstruación fué bruscamente atajada para no reaparecer hasta el mes siguiente; en dos otras el cólico saturnino impidió el flujo de sangre en el período esperado. No obstante, no es posible establecer una ley absoluta: un cólico de mediana intensidad no produce á veces ningún efecto sobre el flujo uterino, esto si no lo exagera. Deberá también tenerse muy en cuenta el estado general: la *caquexia saturnina* determina la amenorrea; pero antes de la caquexia, en el *saturnismo crónico,* aparte de los accesos de cólico, no es raro que el plomo produzca pérdidas uterinas susceptibles de alternar con fases de amenorrea.

No nos es posible seguir considerando todos los demás casos; bastará recordar que los más diversos trastornos menstruales pueden manifestarse en el curso de todas las intoxicaciones sin que los órganos genitales estén alterados.

SEGUNDA PARTE

FALSAS UTERINAS

Diagnóstico y tratamiento

CAPITULO PRIMERO

INDICACIONES GENERALES DEL DIAGNÓSTICO DE LAS FALSAS UTERINAS

I

Consideraciones generales

Hemos estudiado aisladamente las falsas uterinas é indicado cuáles son las enfermedades que pueden determinar síntomas uterinos; es necesario ahora que llevemos la cuestión al terreno de la clínica y que analicemos las *indicaciones principales* que pueden servir de base para sentar el diagnóstico y establecer el tratamiento.

El número de mujeres que acuden á nuestra consulta por considerarse enfermas de los órganos genitales es considerable. Se las puede agrupar en cuatro grandes secciones:

1.° La primera comprende aquellas que llevan verdaderamente una lesión uterina ó anexial. Excusado es decir que éstas no nos interesan en este momento, ya que se trata de verdaderas uterinas; no ocupándonos, pues, de ellas trataremos únicamente de las falsas uterinas, que constituyen las otras tres secciones.

2.° Bastante numerosa, la segunda sección comprende las mujeres que presentan fenómenos que ellas atribuyen al útero y en las que con el examen más atento no se alcanza á descubrir la menor lesión, ni

aun el más ligero trastorno funcional. Se trata, pues, sólo de puras sensaciones subjetivas. La menstruación es regular, los órganos están por completo sanos y normales, localizando ficticiamente la enferma en sus órganos genitales los verdaderos dolores que experimenta.

Estas mujeres son sencillamente histéricas, neurópatas, sugestionadas por lo general por sus allegados y por relatos de amigas que padecen del útero ó que han sufrido operaciones. Les conviene únicamente el tratamiento psíquico. No olvidemos, en efecto, que la mujer tiene una vida cerebral en la que el útero desempeña un papel predominante: la necesidad de preocuparse perpetuamente de sus funciones menstruales, la posibilidad constante de un embarazo, las relaciones conyugales, todo contribuye á fijar su atención en el órgano que es, por decirlo así, su razón fisiológica de ser. No tiene nada de extraño, pues, que las mujeres hablen entre sí frecuentemente de sus miserias sexuales, y que esta influencia exterior obre fácilmente, haciendo temer en cada una de ellas la aparición de los síntomas experimentados por algunas otras.

3.° La tercera categoría es la más numerosa. Colocamos en ella las mujeres que, por efecto de un trastorno en los órganos genitales, se creen enfermas del útero, cuando en realidad estos trastornos, puramente funcionales, dependen de un estado morboso en el que para nada interviene la matriz. Observemos, por las mismas razones antes expuestas, que, al experimentar una sensación uterina, la mujer lo refiere todo á esta sensación, y desvía con esto la atención de su médico de la verdadera causa de los síntomas que ella aqueja.

En efecto, sea el caso de una mujer que presenta trastornos menstruales, amenorrea ó dismenorrea, menorragia ó metrorragia, pero que es al mismo tiempo dispéptica, anémica, diabética, hepática ó cardíaca; raramente dirigirá ella nuestras investigaciones hacia aquellos distintos órganos, y si refiere otros fenómenos además de sus trastornos genitales será siempre para vincularlos á éstos y para considerarlos como meramente accesorios; existe, pues, la mayor dificultad para hacerla explicar los accidentes que no van directamente ligados á su aparato uterino.

Naturalmente, toda terapéutica encaminada á combatir únicamente los trastornos uterinos, que pueden considerarse como perfectamente secundarios, no tendrá probabilidad alguna de éxito, y para que la medicación logre algún resultado, debe dirigirse sobre todo contra la enfermedad causal; sólo de este modo se podrán dominar los trastornos locales.

4.° Por último, en las enfermas que forman la cuarta y última sección, podrá comprobarse una lesión uterina ó anexial manifiesta; pero se diagnosticará al mismo tiempo la coexistencia de una afección extrauterina;

entonces es cuando la cuestión resulta intrincada, pues en estos fenómenos patológicos imbricados y envueltos unos en otros es en extremo difícil deslindar el mecanismo de las acciones causales.

Por lo que respecta á la terapéutica, el médico procurará ante todo instituir un tratamiento doble, que obre á la vez sobre los fenómenos locales y sobre el estado general; una medicación que combata solamente una de las causas resultará ineficaz ó incompleta. Este será el único procedimiento práctico para lograr un resultado favorable.

II

Ejemplos sumarios de los principales casos que se presentan en la práctica

Expuesta de tal modo la cuestión, resumamos rápidamente, valiéndonos de ejemplos, los principales casos que en la práctica suelen presentarse, lo que nos facilitará la exposición de las indicaciones diagnósticas y terapéuticas.

Ante todo, señalemos un hecho de suma importancia. En el útero, como en los demás órganos, un simple trastorno funcional primitivo ó secundario, puede, á la larga y por su repetición ó su continuidad, originar una lesión anatómica material del órgano. Un gastrópata, por ejemplo, al principio dispéptico funcional por hiperestenia, insuficiencia ó fermentaciones, acabará por una de las formas de la gastritis crónica, si su enfermedad se prolonga más allá de ciertos límites. El trastorno funcional habrá sido la etapa inicial de la lesión orgánica; y, como dice Alberto Robin, el trastorno de la función acabará originando la lesión del órgano.

Lo propio ocurre con los trastornos funcionales del útero. Una falsa uterina puramente funcional y secundaria puede llegar á ser una verdadera uterina. Basta este hecho para demostrar el sumo interés que tiene establecer de un modo claro y preciso la verdadera causa de los trastornos, puesto que es el único medio de obtener resultados terapéuticos positivos; y consideramos que, en las enfermedades de la mujer como en los trastornos gástricos, las intervenciones terapéuticas equivocadas ó intempestivas ejercen á menudo una acción de efectos tan graves como los de la evolución natural de los fenómenos.

Dicho esto, sentemos bien el hecho de que toda enfermedad del estómago, del intestino, del hígado, de los riñones, del corazón ó de los vasos, toda diátesis pueden repercutir sobre el útero y crear falsas uterinas.

1.° **TRASTORNOS UTERINOS DE ORIGEN DISPÉPTICO.** — Supongamos una mujer que tenga amenorrea. Está flaca, pálida, casi caquéctica y no obstante manifiesta que su apetito es excelente. Tiene crisis dolorosas abdominales, que atribuye al útero; duerme mal y su nervosismo adquiere los caracteres de la neurastenia.

Se han instituído tratamientos locales y generales encaminados á restablecer la menstruación por suponer que la amenorrea es la causa de todos los trastornos. Resultado nulo. La enferma pasa entonces á medicina y allí se reconoce la existencia de una *dispepsia hiperestenica* manifiesta. Un tratamiento puramente gástrico restablece la salud general, reaparecen las reglas, y las manifestaciones subjetivas por parte del aparato genital desaparecen paralelamente.

2.° **TRASTORNOS DE POSICIÓN DEBIDOS Á LA VISCEROPTOSIS.** — Sea el caso de otra mujer que se presenta á nuestra observación. Al interrogarla acusa múltiples trastornos uterinos. La exploración directa demuestra que el útero está desviado con ó sin flexión, á veces con cierto grado de descenso, lo que sostiene mayor ó menor sensibilidad á nivel de la pequeña pelvis y dificulta un tanto la marcha. Se ha propuesto á la enferma que use un pesario y aun practicarle la ventro-fijación.

Examinad el abdomen sin fijar toda la atención en el útero: reconoceréis que el hígado ha descendido de algunos centímetros, que el riñón derecho está notablemente más bajo que en estado normal, que el intestino flota: en una palabra la enferma es una *visceroptósica* evidente. La faja de Glénard ó una de las fajas que Alberto Robin ha ideado con el nombre de *fajas de la Pitié* bastan para que los órganos sean colocados de nuevo en su sitio, y el útero, que no sufre ya el peso de las vísceras, recobra casi enteramente su posición normal. Añadid el tratamiento ordinario de las ptosis, de manera que se eviten las repercusiones diversas que éstas determinan, y tendréis la mujer curada sin que sea necesario un tratamiento uterino propiamente tal, esto á pesar de las dislocaciones aparentes de este órgano.

3.° **TRASTORNOS UTERINOS DE ORIGEN HEPÁTICO.** —Tomemos, de entre nuestras observaciones, un caso típico. Se trata de una joven de diez y nueve años que sufrió importantes trastornos funcionales del aparato genital. La menstruación, hasta entonces muy regular, se hizo muy abundante, y poco después presentáronse metrorragias graves, acompañadas de fenómenos dolorosos singularmente intensos. Ante síntomas tan especiales, la familia se dirigió, como es natural, á un ginecólogo, quien atribuyó las

metrorragias y las crisis dolorosas que las precedían ó acompañaban á una endometritis. En vista de la persistencia y gravedad de las crisis, no dudó en proponer el raspado, que la familia aceptó. Se practicó, pues, la incisión del himen y el raspado de la cavidad uterina.

Dos meses después, otra crisis hemorrágica, nuevos dolores, y á partir de este período, las crisis repiten á más y mejor. En tal situación es llamado uno de nosotros. La joven tenía una pérdida, pero aunque aquejaba únicamente vivos dolores en el bajo vientre, se examinó cuidadosamente todo su organismo, y la primera comprobación fué que los ojos evidentemente estaban amarillos. Se recoge la orina; ésta es sanguinolenta, lo que impide todo examen. Sóndase entonces á la paciente y se obtiene un líquido de tinte ictérico manifiesto. No hay duda, pues, de que la enferma sufría una afección hepática, independientemente de los fenómenos puramente uterinos. Además, la región del hígado era dolorosa á la presión y la vejiga biliar manifiestamente sensible. Algunas semanas después comenzaba una nueva crisis, y se tuvo la suerte de acudir desde su comienzo; esta vez no había error posible: se trataba de un *cólico hepático* franco, y algunas horas más tarde se presentaba una pérdida.

Es éste un conocido hecho de coincidencia. Verneuil ha observado con frecuencia metrorragias después de crisis hepáticas, tratándose unas veces de cólicos calculosos y otras de una simple *congestión*. .

He aquí cómo una joven entra de la manera más natural en la clase de las falsas uterinas, y no obstante sufrió la incisión del himen, operación de todo punto benigna, pero moralmente molesta; se le practicó el raspado y todo ello fué perfectamente inútil, puesto que bastó aplicar luego el tratamiento general de la *litiasis biliar* y pasar tres temporadas sucesivas en Vichy para obtener la curación.

4.° TRASTORNOS UTERINOS DE ORIGEN RENAL. — Bouloumié (de Vittel) ha escrito una interesante memoria acerca de este particular, y reconoce cinco clases de falsas uterinas, cuyos trastornos genitales no tenían otro origen que una *enfermedad calculosa*. Citaremos tres de estas clases que corresponden más especialmente á nuestro objeto.

A. — Mal de piedra simulando una lesión anexial. Bouloumié refiere entre otros casos el de una enferma que tenía que sufrir una grave operación y en la que desapareció la pseudolesión de los anexos después de una temporada en *Vittel*.

B. — Mal de piedra concomitante con una lesión anexial ligera y dando á ésta una apariencia de verdadera gravedad.

C. — Casos frecuentes, en los que las congestiones por parte del útero alternan con crisis calculosas y hasta con cólicos nefríticos frustrados.

Recordamos haber visto, hace unos tres años, un caso muy curioso, que podría incluirse en la segunda categoría de Bouloumié. Una joven había sufrido un aborto seguido de salpingitis izquierda. El reposo bastó al principio para obtener una verdadera mejoría. La enferma estaba en el campo en bastante malas condiciones; viendo que sus síntomas se agravavan, pidió su traslado á París, que se efectuó relativamente bien. Al cabo de algunas semanas, por haber desaparecido los fenómenos inflamatorios mediante un tratamiento médico, se autorizó á la enferma para que se levantase, aunque con precauciones. Con todo, veinticuatro horas después se declaró una crisis aguda. Encontramos á la paciente en cama, la cara desencajada, presa de violentos dolores abdominales; se trataba de un acceso agudo, la temperatura alcanzó 38 grados; en una palabra, inspiraba inquietud.

La noche se pasó en continuo malestar, acentuándose más todavía la crisis, en términos de creerse necesaria una inyección de morfina. Al día siguiente por la mañana, pudimos comprobar una completa defervescencia de los accidentes y síntomas, el vientre estaba blando é indoloro, permitiendo una palpación bastante profunda. Examinamos la orina y encontramos un cálculo del tamaño de una habichuela.

Era, por tanto, un *cólico nefrítico* lo que se había tomado en un principio por un accidente de los anexos, y este es un caso frecuente, puesto que la mujer *siente* siempre su útero, lo que puede engañar fácilmente al médico más experimentado.

5.° TRASTORNOS UTERINOS DE ORIGEN CARDÍACO. — Las relaciones del útero con el aparato cardiovascular son bien conocidas y estudiadas. Dalché ha descrito en la «Société médicale des Hopitaux» casos de metrorragia en los que la pérdida sanguínea era el primer indicio de la *falta de compensación circulatoria* en las mujeres cardíacas.

Son igualmente muy conocidas las metrorragias de la *pubertad* en las jóvenes afectas de *estrechez mitral*. Mencionaremos también las metrorragias tan frecuentes en la época de la *menopausia*, que á veces nos inducen á creer en la existencia de un neoplasma fibroso ó canceroso, cuando simplemente se trata de una de las primeras manifestaciones de la *hipertensión arterial* descrita por Huchard.

Trousseau ha indicado la amenorrea de las *cloróticas*, que en las mujeres jóvenes puede hacer creer en una lesión uterina. Por el contrario,

se observan asimismo metrorragias en las cloróticas como también en las *leucocitemicas*.

6.° **TRASTORNOS UTERINOS DE ORIGEN TÓXICO, PALÚDICO, DIATÉSICO.** —Todas las intoxicaciones producidas por venenos minerales, vegetales ú orgánicos son capaces de provocar amenorrea, dismenorrea, menorragias ó metrorragias. Conocidos son los trastornos menstruales del *saturnismo* y del *hidrargirismo*. Gubler ha descrito las epistaxis, con tanta propiedad llamadas uterinas, que se presentan en las enfermedades infecciosas, sobre todo en la *fiebre tifoidea*. Conocidos son igualmente los accidentes uterinos que se observan en el *paludismo* y que desaparecen con el empleo del sulfato de quinina. Todos estos fenómenos pueden á veces hacer creer en la existencia de lesiones uterinas y, por tanto, á que se siga una terapéutica equivocada. Inútil es insistir acerca de estos hechos, como también sobre los trastornos uterinos tan diversos que puede producir la *sífilis*.

Algo hemos de decir respecto de las manifestaciones que dependen de la *diátesis artrítica*, independientemente de las afecciones renales ya indicadas. En toda mujer artrítica, cuyo número es bastante crecido, pueden presentarse trastornos uterinos que hagan sospechar la existencia de una lesión. Son accesos dolorosos que sobrevienen sin reconocer otra causa que un viaje ó el uso de los órganos genitales, que en realidad son más bien fenómenos de la vida normal que no causas verdaderamente patológicas. La enferma experimenta sensaciones molestas, cólicos uterinos más ó menos vivos, que se irradian hacia los lomos y que la obligan á acostarse. Se produce un flujo leucorreico, líquido, como clara de huevo, que moja y pone rígidas las ropas y es muy abundante, dejando una mancha de color gris. Un tratamiento local sería estéril contra estos fenómenos, los que pueden casi siempre hacerse desaparecer administrando el *salicilato de sosa* ó el *benzoato*. En estos casos especialmente, las *curas hidrotermales* producen buenos resultados, por razón de la misma causa de la enfermedad.

Cabría citar otros muchos ejemplos acerca de esta cuestión, pero con lo dicho basta para dejarla bien sentada. Claramente se ve que la clase de las falsas uterinas es en extremo importante y que debe ser objeto de una terapéutica especial en la que el tratamiento local ha de relegarse forzosamente á segundo término.

III

Fases ó etapas del diagnóstico

En presencia de la enferma cúmplenos examinar ahora la manera de dejar bien sentado si los trastornos uterinos pueden atribuirse á una de las afecciones extragenitales que acaban de especificarse, ó en otros términos, vamos á considerar cada una de las diversas operaciones del diagnóstico.

Este consta ó se divide en cinco etapas:

1.° La primera etapa comprende el *diagnóstico local* de los trastornos uterinos, abstracción hecha de su trascendencia y complicaciones extrauterinas.

2.° La segunda etapa se refiere al *diagnóstico causal*, y consiste por tanto en examinar todas las afecciones extrauterinas capaces de reaccionar sobre los órganos genitales.

3.° La tercera consiste en relacionar la enfermedad extrauterina con el trastorno uterino observado, y en averiguar si la sintomatología local forma parte del grupo de trastornos que pueden determinar esta afección extrauterina. Es el *diagnóstico de la relación*.

4.° Constituye la cuarta fase el estudio de los trastornos reaccionales y el investigar si dependen de los trastornos uterinos, de la enfermedad extrauterina ó de ambas cosas á la vez. Es el diagnóstico de los *trastornos reaccionales*.

5.° La quinta etapa es la del *diagnóstico diferencial*.

1.° PRIMERA ETAPA. — DIAGNÓSTICO LOCAL.—Siempre que una enferma se queja de trastornos uterinos, lo primero que debe hacerse naturalmente es examinar en seguida el útero y sus anexos, sin llevar por de pronto más lejos el interrogatorio por el peligro de tomar involuntariamente una dirección preconcebida. Este examen es inmediato y se impone aun cuando la enferma acuse espontáneamente fenómenos generales de reacción. Tres son los casos principales que pueden presentarse:

A. — Los órganos genitales están sanos sin presentar ningún trastorno funcional. La enferma, no obstante, se queja de fenómenos generales complejos que achaca á la matriz.

En este caso es evidente que el útero no juega ningún papel y que la atención ha de dirigirse sobre el estado general.

B.—El examen directo pone solamente de manifiesto los accidentes locales de muy escasa importancia; el cuello ocupa su sitio normal, si bien su superficie está un poco congestionada, algo roja y presenta algunas granulaciones ó una ligera exulceración; por lo demás el tacto vaginal combinado con la palpación del abdomen no provoca ningún dolor. Esto no obstante, se observa la leucorrea ó bien la enferma acusa trastornos funcionales, tales como la menorragia ó una metrorragia; otras veces se alternan crisis dismenorreicas con fases de amenorrea, y la pobre mujer une á sus lamentos el relato de toda aquella serie de trastornos genitales que dependen de las afecciones extrauterinas indicadas anteriormente. Dicho se está que esas lesiones no pueden considerarse suficientes para producir tal complejidad sintomática y que es necesario buscar también otras.

C. — En el tercer caso, existe una lesión uterina ó de los anexos indiscutible, la que explica igualmente cierto número de fenómenos reaccionales que ha revelado el interrogatorio.

No hay que limitarse por esto á comprobar la existencia de la lesión, sino que las investigaciones han de recaer también sobre el estado general, pues puede suceder que la coexistencia de una afección extrauterina agrave seriamente las verdaderas lesiones del aparato genital.

Supongamos, por ejemplo, que á una mujer que tenga *endometritis* bien caracterizada ó á otra que lleve desde mucho tiempo un *fibroma*, cierto día les sobrevienen pérdidas. Claro está que las pérdidas se deberán seguramente á la afección local; pero si la enferma es también *cardíaca* puede acontecer que las pérdidas constituyan el primer síntoma de la falta de compensación, y en este caso, desde el punto de vista terapéutico, la enferma es sencillamente una cardíaca y la lesión genital pasa á ser secundaria.

Otro ejemplo: Huchard ha descrito de una manera clara y evidente la historia de aquellas enfermas tan numerosas que, afectas de un fibroma hasta entonces latente, presentan pérdidas en la época de la menopausia, las cuales, como ya anteriormente hemos manifestado, no son otra cosa que una de las manifestaciones de la *hipertensión arterial*, de la que las mujeres experimentan á veces los primeros fenómenos reaccionales al entrar en la edad crítica. En este caso, ¿ha de tratarse únicamente el tumor uterino y puede prescindirse del estado de la circulación arterial?

2.° SEGUNDA ETAPA. —DIAGNÓSTICO CAUSAL. — Una vez precisado el estado local, la segunda etapa del diagnóstico consiste en examinar sucesivamente todos los órganos y aparatos, á fin de determinar si en

alguno de ellos radica una afección propia para explicar toda ó parte de la sintomatología.

A. — **¿Se trata de una dispéptica?**—La enferma puede presentar tres distintos aspectos:

a) En uno de ellos la faz es amarillenta y desencajada. El apetito, que es normal ó exagerado, contrasta con el aspecto de la cara, el enflaquecimiento y algunas veces la caquexia. La lengua está rubicunda, el estómago distendido y bazuquea, el hígado grueso y doloroso á la percusión, las funciones intestinales retardadas y la palpación pone de manifiesto la coprostasis cecal ó ilíaca.

Dos ó tres horas después de cada comida sobrevienen crisis gástricas, y á este conjunto de síntomas puede añadirse el síndrome neurasténico, las intermitencias del pulso y la disnea sin lesiones cardíacas, vasculares ó pulmonares, las dermatitis fugaces, los trastornos oculares, etc. — El examen del contenido estomacal después de la comida de prueba revela un exceso de CLH libre.

La enferma es una *hiperesténica gástrica* y la mayor parte de los síntomas que presenta dependen de ese estado morboso.

b) En el segundo aspecto, la enferma está pálida, tiene la cara algo abotagada, ha perdido ó tiene poco apetito, á pesar de lo cual el enflaquecimiento no es tan acentuado como lo haría suponer el grado de inapetencia. El estómago está con menos frecuencia distendido, el hígado poco ó nada aumentado de volumen y la coprostasis es variable. La enferma sufre dolores de estómago inmediatamente después de las comidas, y se queja de hinchazón, pesadez, y llamaradas á la cara durante la digestión estomacal.—Los trastornos reflejos del sistema nervioso y los diversos aparatos se manifiestan como en la forma precedente. El CLH está en menor cantidad ó no se encuentra en el contenido gástrico.

La enferma se halla afecta de *insuficiencia* ó de *hipostenia gástrica*.

c) En el tercer grupo ó aspecto, la enferma, además de presentar uno de los conjuntos sintomáticos precedentes, tiene fetidez del aliento, la flatulencia reviste mayor importancia, los dolores gástricos sobrevienen cuatro ó cinco horas después de las comidas, etc.

—El análisis del contenido gástrico revela un exceso de ácidos orgánicos.

La enferma sufre una *dispepsia por fermentación* primitiva ó sobreañadida á uno de los tipos precedentes.

B. — **¿Se trata de una visceroptósica?** — La mujer ha tenido varios hijos. La pared abdominal es blanda y ha perdido toda elasticidad; el vientre forma prominencia hacia adelante y abajo. Si, colocados detrás de la

enferma, levantamos el vientre cogiéndolo con ambas manos, experimentará acto seguido alivio y una especie de bienestar; dejándolo caer comienzan de nuevo las molestias. Examinando luego la enferma en decúbito supino, se encuentra un verdadero *desequilibrio visceral*. El estómago ha descendido y bazuquea; el hígado rebasa las falsas costillas, el riñón se percibe al tacto, á menudo dislocado y movible; el ciego y la S ilíaca contienen materias fecales densas y amasadas en forma de morcilla. Obsérvase además de este conjunto de síntomas la serie completa de síntomas de la neurastenia.

C. — **¿Se trata de una hepática?**—Si el estómago aparece normal, ó cuando menos los accidentes gástricos son poco acentuados ó insignificantes; si las vísceras abdominales se hallan en su sitio correspondiente, entonces hay que fijar la atención en el hígado, examinando con cuidado este órgano é investigando todos los síntomas que puedan ser expresión de un trastorno en sus funciones.

La *litiasis biliar* es lo que importa averiguar en primer término, pues, como ya hemos dicho, las más de las veces constituye una causa frecuente de trastornos uterinos que pueden ofrecer cierta gravedad. Cuando la litiasis se caracteriza por accesos hepáticos francos, es fácil hacer el diagnóstico, mas frecuentemente la enfermedad se manifiesta por accesos frustrados y síntomas reaccionales bastante vagos.

Acontece entonces algunas veces que es muy difícil poder afirmar con seguridad la existencia de cálculos biliares, debido á que la enferma refiere á su estado uterino todos los fenómenos que experimenta, cosa por otra parte muy natural, pues las sensaciones abdominales tienden entonces á generalizarse y es en extremo difícil que la mujer pueda precisar el sitio ó localización de sus sufrimientos.

En defecto de una crisis franca conviene recordar que la litiasis biliar puede manifestarse algunas veces casi tan sólo por trastornos dispépticos. Pero examinando en estos casos el quimismo estomacal se verá que es frecuentemente variable, de suerte que el CLH unas veces está aumentado, otras veces está en cantidad normal ó ha disminuído. Las crisis gástricas varían igualmente así en frecuencia como en intensidad. Por la percusión y la palpación se observa entonces un ligero aumento de volumen del hígado con una sensibilidad más ó menos dolorosa. Y como estos hechos coinciden con la ausencia de otros síntomas de la dispepsia hipersténica, deben llamar la atención y hacer pensar en la litiasis biliar. La vejiga biliar puede estar notablemente distendida, siendo á veces posible percibirla por una palpación profunda.

Acontece con frecuencia que todos esos síntomas faltan, y entonces,

pasadas las crisis frustradas é indecisas, habrá de mirarse si la orina contiene pigmentos biliares, si las deyecciones están decoloradas y si al mismo tiempo presentan las enfermas el tinte amarillento de las escleróticas.

En caso de faltar los síntomas ictéricos importa tener presente la *acolia pigmentaria*, descrita por Hanot y Alberto Robin, que puede seguir á los cólicos hepáticos frustrados ó, independientemente de la litiasis biliar, poner en evidencia un trastorno hepático, pues basta haber comprobado la decoloración simultánea de las deyecciones y de la orina, sin que haya ictericia, para poder afirmar la existencia de una afección hepática.

Cuando no pueda descubrirse ninguno de los síntomas propios de una enfermedad del hígado, podremos recurrir á un hecho puesto en evidencia por Alberto Robin, que consiste en el aumento notable en la orina del azufre incompletamente oxidado. Se ha demostrado, en efecto, que la actividad hepática podía apreciarse por la perfección de la oxidación del azufre en la economía. Por punto general, la cantidad de azufre incompletamente oxidado con relación al azufre total de la orina es á lo más de un 10 por 100. Pues bien, después de accesos de cólicos hepáticos frustrados la proporción del azufre incompletamente oxidado en la orina alcanza á menudo el 15, 20 y hasta el 30 por 100. Estaría, pues, indicado, siempre que fuera posible practicar un riguroso examen de la orina, el emplear este medio, que permite afirmar la existencia de un trastorno hepático, y por lo que á nosotros toca, nos ha servido varias veces para esclarecer casos dudosos sin que casi nunca nos haya fallado.

D. — **¿Se trata de una cardíaca?** — Como el examen no descubra ningún trastorno gástrico ó hepático, habrá de estudiarse el aparato cardiovascular.

No nos detendremos á exponer los síntomas tan conocidos de las *lesiones cardíacas* ó de las *enfermedades de los vasos*, pues esto sería apartarnos de nuestro objeto. Pero si se reconoce que la lesión afecta esos órganos, será necesario tomarlo en consideración por lo que á la aplicación de la terapéutica se refiere.

La existencia de una *cardiopatía arterial* en sus comienzos es más difícil de descubrir; raras veces, sin embargo, nos equivocaremos si se tienen en cuenta é inquieren los síntomas tan precisos señalados por nuestro sabio amigo H. Huchard, es á saber: la hipertensión arterial, la disnea de esfuerzo, los soplos provocados por la marcha y la existencia de una ligera albuminuria.

E. — **¿Se trata de una clorótica?** — El diagnóstico es sobradamente conocido para que haya necesidad de insistir sobre el mismo.

F. — **¿Se trata de una renal?** — Cuando de entre las causas hemos de excluir las funciones digestivas, el hígado, el corazón y los vasos, las investigaciones habrán de recaer sobre el riñón. Se impone entonces un análisis de la orina, debiéndose examinar al microscopio los sedimentos, dosificar el ácido úrico y averiguar si hay uratos ú oxalato de cal, pus, conglomerados purulentos, glóbulos rojos de la sangre; inquirir también si ha sufrido accesos de *cólicos nefríticos* y si la enferma presenta algún síntoma que pueda atribuirse á la *litiasis renal* ó á una forma del *mal de Bright*.

Una afección frecuentemente ignorada y que podría dar lugar á que se atribuyeran al útero trastornos en los que éste no interviene para nada, es la *pielitis*. Pero su diagnóstico es fácil si se practica el examen de la orina. La presencia del pus, el enturbiamiento de la orina aun después del reposo, así como la presencia en los sedimentos de epitelios de la pelvis renal, etc., son otros tantos elementos que contribuyen y ayudan á formular el diagnóstico.

Hemos visto tres casos de mujeres que fueron tratadas como si tuvieran trastornos uterinos y únicamente sufrían de pielitis. Una de ellas hubiera sufrido la histerectomía si nosotros no hubiésemos descubierto la pielitis.

G. — **¿Se trata de una neurópata?** —En este caso procuraremos hallar los estigmas de la *neurastenia*, del *histerismo* y de las diversas *psicosis*, y no nos olvidaremos de investigar la *enfermedad de Basedow*, el *mixedema*, etc.

H. — **¿Se trata de una artrítica?** — Además de tener en cuenta las numerosas manifestaciones del artritismo, se procederá á practicar un análisis completo de la orina, el cual, por el estudio de las *relaciones de los cambios orgánicos*, nos descubrirá tal ó cual trastorno de la nutrición, del que la terapéutica pueda sacar algún partido.

I. — **¿Se trata de una infeccionada ó de una intoxicada?** — Cuando ni por el examen más minucioso sea posible descubrir algo que ponga en camino de hallar la enfermedad causal, sólo restará averiguar si podemos atribuirla al *paludismo*, la *sífilis*, la *tuberculosis*, y luego al *alcoholismo*, el *saturnismo*, el *morfinismo*, el *cocainismo* la *cteromanía*, la *intoxicación oxicarbonada crónica*, etc.

3.° **TERCERA ETAPA. — DIAGNÓSTICO DE LA RELACIÓN.** — Una vez conocidos y determinados el estado local y la sintomatología uterina, de una parte, y, de otra, el estado general y tal ó cual enfermedad funcional ó con lesión de un órgano ó de un aparato extrauterino, *el tercer acto ú*

operación del diagnóstico consiste en relacionar la enfermedad extrauterina con el trastorno uterino que se ha manifestado, y en investigar si la sintomatología uterina forma parte del cuadro de los trastornos uterinos que puede provocar esta afección extrauterina.

Supongamos, por ejemplo, y para fijar las ideas, que una mujer se queja de pesadez en el bajo vientre, leucorrea, dolores en los lomos y que presenta cierto grado de *descenso del útero;* tiene, sin embargo, un riñón movible y es *enteroptósica* y *neurasténica.* ¿Podemos atribuir en este caso diversos accidentes observados á la enteroptosis y hacer depender de la neurastenia consecutiva á la enteroptosis una parte á lo menos del conjunto morboso que hubiéramos considerado como reflejos uterinos si desde luego se hubiese encontrado que el útero era su única causa? ¿Y no deberemos también comenzar el tratamiento del complejo sintomático, atacando principalmente la enteroptosis, ya que constituye ésta el primer eslabón de la serie morbosa, dejando el intervenir de un modo activo sobre el útero para cuando se hubiese modificado ese elemento etiológico y fijado por consiguiente el papel que desempeña en la génesis del síndrome neurasténico?

Otro caso parecido es el siguiente: una mujer tiene *metrorragias;* el útero esta quizá algo aumentado de volumen y sensible al tacto, pero observamos también la *litiasis biliar* y cólicos hepáticos, y sabemos con certeza que las metrorragias han coincidido poco más ó menos con una crisis hepática, ó con un período de acolia pigmentaria consecutiva al cólico, ó con una especie de acceso de infarto doloroso del hígado, acompañado de emisiones de orina cargada de uroeritrina. En estas circunstancias, ¿no deberemos acaso preocuparnos de tratar primeramente la litiasis biliar y los trastornos funcionales que origina en el hígado, antes de recurrir á los medios locales capaces de combatir sus metrorragias?

Lo que acabamos de indicar es aplicable igualmente á todas las demás falsas uterinas, y creemos inútil insistir más acerca de esta importante etapa del diagnóstico.

4.° **CUARTA ETAPA.—DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA REACCIÓN.**—Determinados que sean el estado local uterino, la enfermedad general ó local generadora y las relaciones entre esa enfermedad causal y el trastorno uterino, se procederá á examinar, en una cuarta fase del diagnóstico, *los numerosos trastornos reaccionales que un examen superficial podría atribuir exclusivamente al útero, y que un examen más minucioso y detallado permitirá descubrir la enfermedad causa de dichos trastornos.* De esta manera no se incurrirá en el error de tomar

en el primer momento la *enteritis mucomembranosa* por una consecuencia de la afección uterina; pero se investigará si detrás de la enteritis se oculta una constipación, la constipación especial descrita por uno de nosotros, que se caracteriza por la muy anormal composición de las deyecciones, y si detrás de esta constipación especial no hay la *hiperestenia gástrica* con su típico cuadro clínico (1).

Lo mismo puede decirse de la *neurastenia* que depende entonces más bien de los reflejos gástricos, de los trastornos de la nutrición producidos por un estado dispéptico prolongado, ó del desequilibrio abdominal, y que revelará la reacción de la enfermedad causal sobre el sistema nervioso, del mismo modo que las metrorragias, las amenorreas y las dismenorreas representan la reacción análoga por parte del aparato uterino.

5.° **QUINTA ETAPA.—DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**—Finalmente, debemos guardarnos—como hemos visto hacerlo diferentes veces—de atribuir ciertos accidentes á una supuesta afección uterina.

Dos ejemplos ó casos observados recientemente son bastante significativos. En el primero, una mujer de veintiocho años que tenía una leucorrea abundante y presentaba una ulceración (por maceración) del labio inferior del cuello, llamaba extraordinariamente la atención por sus crisis dolorosas, que le sobrevenían diariamente, si bien se le exacerbaban durante el período menstrual; esas crisis parecían tener un punto de partida hipogástrico, extendiéndose por todo el abdomen con tal intensidad que fué necesario recurrir repetidas veces á las inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina. Tomáronse esas crisis por una consecuencia de la endometritis, empleándose inútilmente por tanto las inyecciones, torundas medicamentosas, cauterizaciones, y en último extremo se propuso el raspado. Pues bien, se trataba simplemente de *crisis gástricas* por hiperacidez, desapareciendo casi instantáneamente desde que se prescribió la saturación alcalino-térrea.

El segundo caso es el de una viuda de cuarenta años, en la cual se tomaron por crisis de origen uterino dolores irregulares debidos á la eliminación de orina cargada de polvo de ácido úrico y de oxalato de cal, los que se atenuaron bien pronto merced á un tratamiento apropiado.

(1) ALBERTO ROBÍN.—Discusión sobre la apendicitis. Academia de Medicina, 1897.

CAPITULO II

INDICACIONES GENERALES DEL TRATAMIENTO DE LAS FALSAS UTERINAS

I

Consideraciones generales

Una vez establecido el diagnóstico y deslindada la parte que corresponde á cada uno de los elementos morbosos en orden de importancia, toca ya resolver la cuestión del tratamiento.

La regla fundamental que debe tenerse en cuenta en la intervención facultativa, siempre que se quiere instituir el tratamiento de una falsa uterina cualquiera, es la de que es necesario guardarse mucho de aislar cualquiera de los elementos del síndrome complejo que caracteriza la asociación de un trastorno uterino, sea cual fuere su clase, con la afección causal ó asociada, y de atribuirle demasiada importancia al establecer las indicaciones.

Consideremos, por ejemplo, el caso de las *falsas uterinas dispepticas gastrointestinales*. Todos los sufrimientos de los diversos órganos interesados retientan entre sí, complicándose además con los efectos y reacciones de la constipación, de la enteritis mucomembranosa, de los espasmos intestinales, del desequilibrio abdominal, de los cólicos subhepáticos, de las crisis gástricas, de la congestión é hipertrofia funcionales del hígado y más tarde por los trastornos nerviosos provocados por esos elementos morbosos, y finalmente con el decaimiento nutritivo con sus múltiples alteraciones bioquímicas.

Si se añade á esta complejidad de síntomas ya de sí tan complicada el hecho de que las congestiones útero-ováricas repetidas y los actos ner-

viosos reflejos ó inhibitorios hacen al aparato genital más accesible á las infecciones secundarias, y si, por último, como hemos dicho anteriormente, se tiene la convicción de que las falsas uterinas, debido á múltiples circunstancias, están siempre por lo menos predispuestas á convertirse en verdaderas uterinas, nos persuadiremos bien pronto de que ningún elemento morboso aislado, por importante que sea la parte que tome en la exteriorización sintomática de la enfermedad, puede ser el punto de mira exclusivo de la terapéutica.

En principio, pues, y nunca insistiremos bastante sobre este hecho esencial, el médico no debe estacionarse nunca, ante las tendencias de la ginecología contemporánea, siguiendo un tratamiento exclusivamente uterino, aun cuando fuesen los trastornos del útero los que preocuparan principalmente á la enferma y hasta al médico. Y sobre todo, por lo que toca á la terapéutica uterina, han de descartarse desde un principio los medios violentos, que se tienen por decisivos ó radicales, lo mismo que cualquiera intervención quirúrgica, aun las que se consideren más benignas, como son el raspado, el enderezamiento del útero, las cauterizaciones profundas, etc. Y á pesar de que con esta afirmación es posible que se nos tache de retrógados, no tememos afirmar que el tratamiento de todas las falsas uterinas, objeto del presente trabajo, entra por completo en los dominios de la medicina, debiendo separarse resueltamente del grupo de afecciones que son de la incumbencia del cirujano.

Pero, en realidad, lo que sucede comúnmente en la práctica, es que las falsas uterinas son dispépticas, visceroptósicas, neurasténicas, hepáticas, renales, etc., y viendo con harta frecuencia que sus sufrimientos no ceden á los ensayos de una terapéutica médica mal concebida y dirigida, acuden en último extremo á la intervención quirúrgica. ¡Y cuántos ejemplos no podrían citarse que demostraran la inutilidad ó quizá el perjuicio en estos casos de la intervención! Nos limitaremos á referir uno recientemente observado y que es muy típico.

Uno de nosotros trató en el hospital de la Pitié á una joven de veinticinco años por diversos trastornos dependientes de la hiperestenia gástrica, complicada de fermentaciones ácidas. Mas, siendo dicha enferma rebelde á todo régimen, el resultado del tratamiento fué insignificante, por no decir nulo. Y á pesar de que el examen local repetido en diferentes ocasiones revelaba tan sólo una erosión superficial con un cuello grueso y blando, la enferma insistía siempre en sus dolores uterinos con pesadez lumbar, y leucorrea. Persuadida de que desconocíamos su enfermedad, salió de la Pitié pasando por diferentes clínicas, unas veces diagnosticada como uterina, otras como neurasténica, hasta que un cirujano le propuso su cura-

ción quitándole el útero y los ovarios. Un año después ingresaba de nuevo en la Pitié, más enferma que nunca, sin haber obtenido ningún resultado de la grave operación sufrida, no logrando experimentar ninguna mejoría hasta el día en que, convencida del origen gástrico de su dolencia, se decidió á seguir enérgicamente el régimen y el tratamiento que le fueron prescritos.

Hoy día esos casos son muy numerosos. Hemos reunido hasta 27 observaciones bien precisas de extirpación del útero y anexos practicada en falsas uterinas de origen gástrico, hepático y renal ó neuropático. En ninguna de esas enfermas desaparecieron los trastornos originales con la operación.

En la rápida reseña que vamos á hacer del tratamiento aplicable á las falsas uterinas, se comprende perfectamente que sólo podremos sentar reglas generales, sin que sea posible entrar en detalles exponiendo lo que convendría hacer para combatir cada una de las enfermedades capaces de producir falsas uterinas ó de agravar la sintomatología de las verdaderas uterinas, pues esto equivaldría á resumir casi toda la terapéutica. Así, pues, nos concretaremos á señalar las indicaciones más importantes, pasando sucesivamente en revista los principales grupos de falsas uterinas.

II

Indicaciones generales del tratamiento de la enfermedad causal

1.° TRATAMIENTO DE LAS FALSAS UTERINAS DE ORIGEN DISPÉPTICO.— El tratamiento de la dispepsia es lo que se impone en primer lugar, el cual variará necesariamente según la forma de dispepsia de que se trate (1), y sus detalles se hallan en el artículo recientemente publicado por uno de nosotros sobre esta materia. Cuántas crisis dolorosas abdominales no hemos observado que se creían de origen uterino, y se han calmado y después curado con un tratamiento que consistía principalmente en el empleo de un cocimiento de cuasia amarga, tomado en ayunas, la tintura de nuez vómica antes de las comidas, y polvos alcalino-térreos, asociados, según la prescripción cuyas indicaciones principales son las siguientes:

1.ª Por la mañana al despertar se tomará un vaso mediano de la

(1) ALBERTO ROBIN.—Tratamiento de las dispepsias. Tomo V, pág. 146.

maceración de *quassia amara*. La maceración se hace poniendo por la noche 2 gramos de virutas de cuasia amarga en un gran vaso de agua, del que se sacará al día siguiente la dosis prescrita.

2.ª Media hora después, con toda exactitud, se tomará el primer desayuno, que se compondrá de uno ó dos huevos pasados por agua con un pedacito de pan tostado y fruta cocida. Siempre que sea posible, convendrá no ingerir ningún líquido en esta primera comida; y si la sed fuese muy intensa ó el individuo no pudiera comer sin tomar alguna bebida, habría de contentarse con un vaso mediano de agua fresca.

3.ª No conviene en ningún modo restringir las bebidas en las demás comidas, pero excluyendo todo lo que no sea agua pura ó con una muy pequeña cantidad de cognac.

4.ª Sujetarse estrictamente al siguiente régimen alimenticio: Nada de manteca cocida, salsas, grasas, frituras, salchichería, condimentos, carnes en escabeche, conservas, pescados cebados, pastelería, alimentos crudos, ácidos.

La alimentación habrá de consistir, pues, en caldo fresco, carne y aves de corral asadas, bien cocidas, y deglutidas despacio, huevos pasados por agua, pescado con poca salsa, puré de legumbres, fruta cocida.

5.ª Inmediatamente después del almuerzo y de la comida del mediodía se tomará una pequeña taza de una infusión aromática muy caliente de manzanilla, menta, hojas de naranjo ó tila.

6.ª Diez minutos antes del almuerzo y de la comida se tomarán cuatro gotas de *tintura de nuez vómica* en un vaso mediano de agua de Vichy ó de Vals.

7.ª Luego del almuerzo, de la comida y al acostarse, un papel de la siguiente fórmula, que se diluirá en un poco de agua:

Magnesia calcinada.	4 gramos
Bicarbonato de sosa.	
Creta preparada.	6 —

M. y d. en 12 papeles.

8.ª Se continuarán estos papeles durante cuatro días, suspendiendo luego su uso durante ocho, para tomarlos de nuevo otros cuatro días, y así sucesivamente. Sin embargo, al menor malestar gástrico que se presente se tomará un papel suplementario.

9.ª A fin de conservar la regularidad en las deyecciones, se tomará por la mañana al despertar un *enema con agua tibia*, ó un *grano de salud del doctor Franck* por la noche al acostarse.

2.° **TRATAMIENTO DE LAS FALSAS UTERINAS DE ORIGEN VISCEROPTÓSICO.**—Las ptosis son unos trastornos mecánicos difíciles de tratar, por cuanto necesitan todo un conjunto de medios contentivos de muy complicada aplicación y empleo, y exigen además un tratamiento externo local muy largo y minucioso. Creemos, pues, prestar un verdadero servicio á los médicos, al insistir de un modo especial sobre los detalles de este tratamiento, puesto que son poco ó mal conocidos. Haremos hincapié sobre todo en la descripción de las fajas ó cinturones que pueden utilizarse para las mujeres afectas de visceroptosis, pues este es precisamente uno de los puntos más importantes de la terapéutica que hay que instituir.

Este capítulo lo dividiremos en dos partes: A. — Medios de contención; B.—Tratamiento complementario.

A.—**Medios de contención.**—En primer lugar, se procurará restablecer el equilibrio de las vísceras abdominales, aconsejando el uso de una *faja hipogástrica* especial que levante el abdomen por su base en vez de sostenerlo y comprimirlo á un mismo tiempo, defecto que tienen todas las fajas que actualmente se emplean.

Las figs. 1 y 2 representan los modelos más conocidos de fajas abdominales. La primera representa el modelo común ú ordinario de los

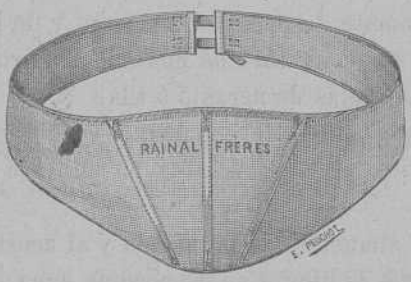

Fig. 1.—Faja abdominal, modelo de los hospitales

hospitales; está hecha de un cotí ó terliz espeso, y se ata por detrás; tiene además una cavidad para alojar la prominencia ó punta abdominal.

La fig. 2 representa un modelo análogo, cuyo tejido, por ser más elástico, se adapta fácilmente en las mujeres flacas, pero en cambio ejerce una compresión más enérgica.

La fig. 3 representa una de las fajas precedentes, pero colocadas ya sobre la enferma.

Es un modelo propio para las mujeres gruesas; las ataduras van colocadas á un lado, de modo que la enferma puede por sí misma colocarse más fácilmente la faja.

Examinando esta faja una vez colocada, notaremos en seguida el principal inconveniente que presentan los modelos de esta clase, y consiste en que todos ellos tienen la cavidad demasiado pronunciada, excavada, de lo que resulta el abdomen comprimido por los bordes superior é inferior de

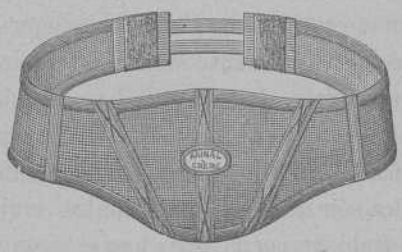

Fig. 2.—Faja abdominal de tejido elástico

la faja. Así es que el sostén es ilusorio, puesto que los órganos colocados en el área de compresión son los únicos que se mantienen en su posición, y como en realidad estos órganos son comprimidos por los bordes de la faja, vienen á gravitar sobre el útero, agravando por lo tanto la dislocación de

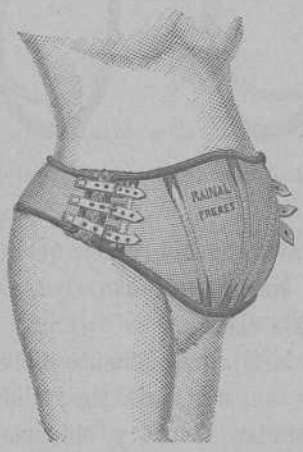

Fig. 3.—Atadura lateral para mujeres muy gruesas

dicho órgano. Por otra parte, en las mujeres flacas, esta faja no se sostiene bien, aun cuando se fije con tirantes inguinales. Tiende á subir cada vez que la enferma se sienta, por lo que resulta completamente ilusorio el fin de sostener que se persigue. Así es que sólo sirve para aumentar el desequilibrio de los órganos y el volumen del vientre.

En realidad, no es fácil sostener de un modo conveniente una masa de forma redonda como el vientre, y hay que confesar también, por otra

parte, que las mujeres, por razón de coquetería, se resisten mucho al empleo de la faja. Hay que vencer, pues, las mayores dificultades para decidir á una mujer de sociedad que acepte la faja abdominal, y si bien encuentran toda clase de excusas para explicar su repugnancia, el verdadero motivo está en que la faja abulta, aumenta el volumen del vientre y oprime el talle. Es menester por tanto andar con mucho tiento al escoger la faja, cuyo fin principal es el de adaptarse perfectamente sobre las paredes del vientre, sosteniéndolo pero sin comprimirlo. La dificultad es grande, sobre todo en las mujeres flacas cuyas líneas ó contornos son más elegantes y por ello se deforman con mayor facilidad, sin contar que el aplanamiento del vientre dificulta la buena aplicación de una faja. En las mujeres gruesas que se dejan más fácilmente moldear por la faja, hay el inconveniente de la mayor prominencia del vientre, que difícilmente se deja deprimir por el corsé.

Fig. 4. — Faja de Glénard (faja pelviana)

El modelo de Glénard (figs. 4 y 5), que tiene muchas ventajas y sostiene bien el vientre sin comprimirlo, constituye verdaderamente un progreso respecto de la faja clásica.

La fig. 4 representa la faja propiamente dicha provista de sus tirantes inguinales. Consiste en una faja de tejido elástico reforzada en su parte media por puntadas rectas y oblicuas; se sujeta por detrás, por medio de dos hebillas. Si la visceroptosis se complica con riñón movible, se dispone á cada lado de la faja, en la parte correspondiente á la región superior del pliegue de la ingle, una pelota muy blanda que se fija oblicuamente (fig. 5).

La faja de Glénard tiene verdaderamente muchas ventajas y es preferible con mucho á la faja clásica; pero su borde superior tiene el inconveniente de no adaptarse bien sobre la pared abdominal, formando pico, por decirlo así, cuando la mujer se sienta, y de pellizcar á menudo la piel del vientre entre la faja y el corsé. Por el contrario, resulta un modelo útil

para el hombre; pero una mujer por poco elegante que sea nunca la aceptará.

La faja abdominal, para que sea buena, ha de sostener el vientre sin comprimirlo y realizar lo que se podría obtener aplicando la mano encima del pubis y ejerciendo una suave presión de abajo hacia arriba. La faja ideal sería la que, obrando en lo posible como la mano aplicada conforme hemos dicho anteriormente, tuviera además perfecta elasticidad. Esto es lo que A. Robin ha intentado realizar en los diversos modelos que vamos á describir.

Estos modelos son conocidos entre los fabricantes con el nombre de *Fajas de la Pitie* y se designan con los números «1, 2, 3, 4.»

El número 1 se construye de tres maneras distintas:

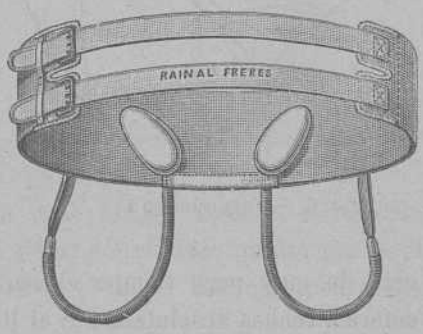

Fig. 5.—Faja de Glénard con pelotas para riñón movible

La fig. 6 da idea del número 1, que es el modelo más frecuentemente empleado para las enfermas del hospital, es decir, para las enfermas que se preocupan poco de las exigencias de la moda. Consiste en una faja de borde superior recto y el inferior escotado y redondeado siguiendo la corvadura del vientre de la mujer. Es de un tejido fuerte, consistente; pero los elásticos colocados en *E* permiten aplicar la faja sobre las caderas, y las hendiduras que tiene *(f, f'* y *f'')* dejan completa libertad al aparato para tomar la forma curva de la parte superior del vientre, é impiden también que forme pico cuando la enferma se sienta. Por último, los tirantes inguinales *(sc)* pueden colocarse si es necesario.

La faja 1 *bis* (fig. 7) tiene poco más ó menos la misma disposición que la faja 1 (fig. 6), pero es más cómoda; está provista de elásticos más anchos y de lacitos (1/2/3) para poder fijar la amplitud de las escotaduras. En caso necesario, esto es, cuando hay riñón movible, se adaptan las pelotas.

En general, las pelotas que se adaptan á las fajas para sostener el

riñón movible son siempre demasiado gruesas y duras y se colocan demasiado altas. Conviene colocarlas inmediatamente por encima del borde lateral inferior de la faja, tal como se observa en *P*, á la derecha de la fig. 7. Vese en cambio en esta misma figura que la pelota izquierda está puesta demasiado alta, y así colocada una pelota más bien comprime el riñón que

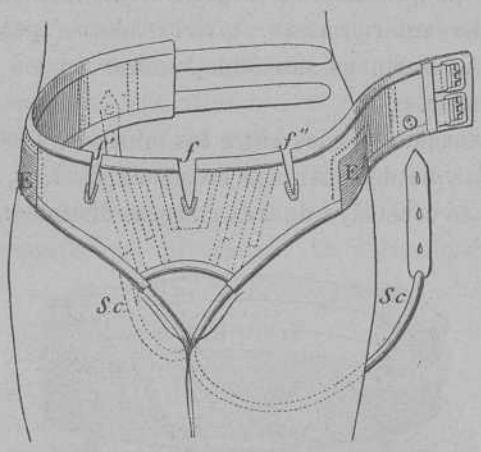

Fig. 6. — Faja número 1

no le sostiene, y al cabo de muy poco tiempo el uso de la faja se hace tan doloroso que la enferma rehusa absolutamente el llevarla más.

Este tipo 1 *bis*, en general, es mejor aceptado que el precedente, sobre todo porque se abrocha mejor.

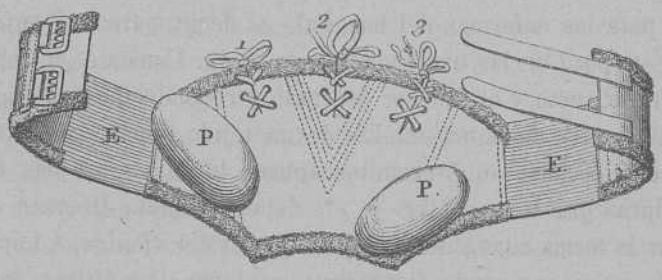

Fig. 7. — Faja número 1 *bis* (con pelotas renales)

La fig. 8 representa la faja 1 *bis* colocada con las ligas y los tirantes inguinales que son necesarios para su sostenimiento.

En el tipo 1 *ter* (fig. 9), las tres hendiduras superiores están reemplazadas por una sola *E* provista de un elástico.

La faja es toda ella de tejido elástico, y sus corvaduras están dis-

puestas de modo que puedan amoldarse sobre el vientre más aplanado. Este modelo va provisto también de tirantes inguinales y ligas. Pero tratándose de mujeres elegantes, sobre todo cuando son delgadas y de

Fig. 8.—Faja 1 *bis* (colocada)

talle esbelto, hasta este último modelo es difícilmente aceptado, por el motivo de que, á pesar del cuidado puesto por el fabricante, encuentran que ensancha demasiado el talle. Entonces podrá aconsejarse la siguiente

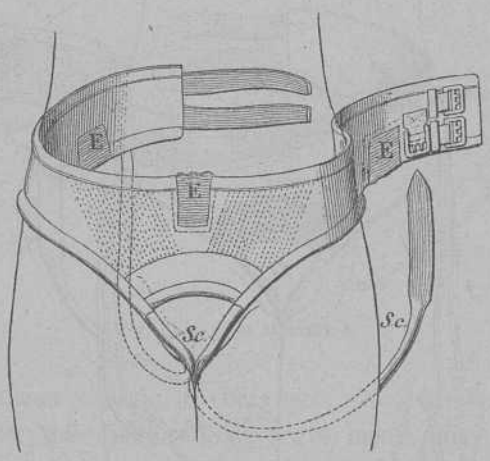

Fig. 9. — Faja número 1 *ter*

disposición (fig. 10), que obvia esta dificultad y es más fácilmente tolerado por no aumentar el volumen del vientre y porque es muy flexible; tiene sólo el inconveniente de exigir una buena confección. El tejido elástico está substituído por tres fajas de caucho sostenidas por punteados verticales

en la parte anterior de la faja, que se cierra con una sola hebilla; las ligas van colocadas á ambos lados.

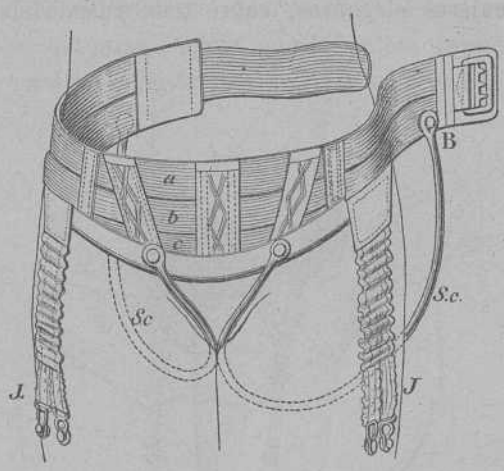

Fig. 10. — Faja número 2

La fig. 11 representa un modelo que en muchos casos dará buenos resultados.

Es el tipo número 1 *bis* con sus elásticos *E* y sus escotaduras 1, 2, 3;

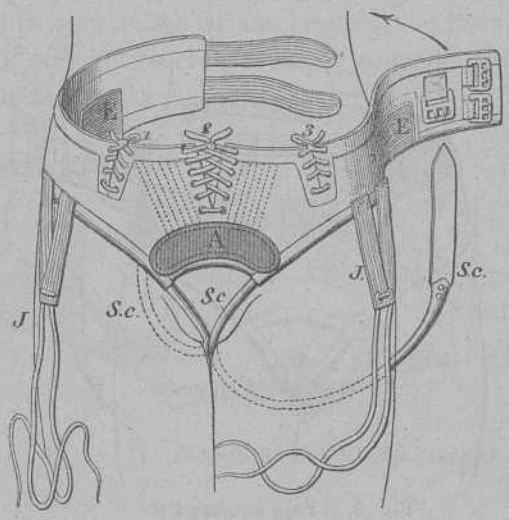

Fig. 11.— Faja número 3 (detalles)

pero además lleva una placa, verdadera mano de aluminio, que va colocada y ajustada encima del pubis (*A*); por medio de las ligas (*F*) puede la enferma sujetar sus medias.

La fig. 11 da idea detallada de la faja y la fig. 12 representa cuando está ya colocada.

Se ve que este modelo se ajusta perfectamente, y que la indicación de sostener el vientre se cumple muy bien sin que la faja cause mucho

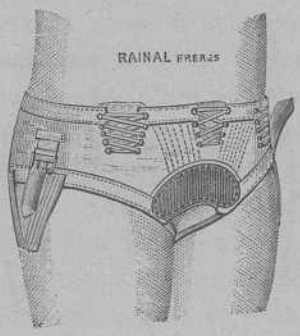

Fig. 12. — Faja número 3 (colocada)

estorbo; por lo demás, el único inconveniente que tiene es la necesidad de llevar tirantes inguinales.

Para las enfermas más difíciles de contentar podrá aconsejarse el modelo número 4 (fig. 13).

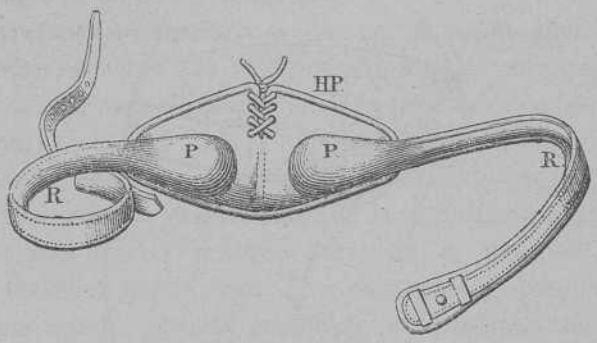

Fig. 13.—Faja número 4

Este tipo es una especie de braguero. Consiste en una placa que puede ajustarse, y que tiene en su parte media una escotadura con lacitos, va provista en su parte interna de dos pequeñas pelotas laterales de rechazo y se fija sobre la región anterior del vientre por dos resortes que rodean el cuerpo. No es posible encontrar otro sistema de contención más sencillo. Con esta faja no hay necesidad de los tirantes inguinales, no ensancha la cintura en lo más mínimo y la mujer puede vestirse sin que nadie, ni las mujeres siquiera, puedan sospechar que lleva un vendaje.

La fig. 14 representa el aparato ya colocado. El sostenimiento del abdomen no es ciertamente tan perfecto como con los otros modelos; sin embargo, el presente será un gran recurso para las mujeres que no aceptan ninguno de los modelos precedentes.

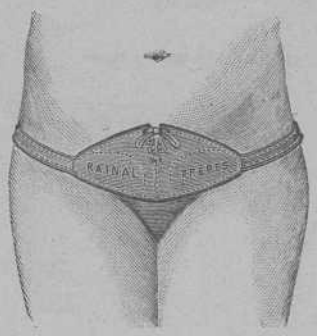

Fig. 14.—Faja número 4 (colocada)

Entre las ptosis hay una que ofrece especial gravedad y que obra más que ninguna otra sobre la matriz. Es el *riñón movible*.

A las fajas precedentes pueden adaptarse pelotas destinadas á sostener el paquete intestinal ó á rechazarlo hacia arriba, de manera que

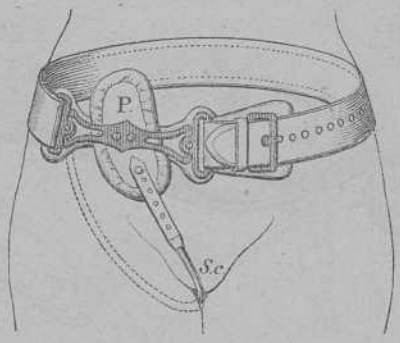

Fig. 15.—Faja renal (colocada)

pueda servir de punto de apoyo al riñón; pero cuando la ptosis renal es de importancia, bueno será que se sostenga el riñón con un aparato especial de la clase que representa la fig. 15, y que se compone de una placa lateral y vertical sostenida por una faja y un tirante inguinal.

La faja para que sea buena ha de ser bien tolerada. Si ocurre lo contrario, es señal de que está mal hecha ó mal colocada. Así, pues, cuando nos hayamos asegurado de que la faja está bien hecha y que sirve perfectamente para el sostenimiento del vientre, será necesario enseñar á la

enferma á que ella misma se la coloque. En general, ¿qué es lo que hace la enferma? Se pone la faja estando de pie, una vez ha terminado su *toilette* y antes de vestirse. Mas, cuando se trata de una placa renal ó de una faja ordinaria con ó sin pelotas, esto constituye una mala práctica, puesto que la estación bípeda facilita el descenso de los órganos, y al colocarse el aparato de contención viene á aplicarse sobre las vísceras y en lugar de sostenerlas las comprime. Importa, por consiguiente, y de un modo absoluto, que estos aparatos se coloquen estando la enferma en decúbito. Acostada la enferma, se hará retroceder el riñón hasta que vuelva á su situación normal, y entonces es cuando debe aplicarse la faja. Colocada en estas condiciones, el riñón, al levantarse la enferma, encuentra un verdadero soporte, consiguiéndose de este modo el resultado apetecido.

Sin embargo, para que pueda verificarse esta pequeña operación sin peligro de equivocarse, conviene que la enferma aprenda á reconocer su riñón y, por lo tanto, el médico ha de enseñarle á diferenciarlo de los demás órganos abdominales.

Menester es también que sepa distinguir el riñón de la acumulación de materias fecales en el ciego, de la vejiga biliar, etc., etc. La maniobra, en definitiva, es muy sencilla: basta levantar el riñón con la mano derecha, rechazarlo hacia arriba y en seguida aplicar la faja, después de lo cual la enferma puede levantarse y vestirse.

B.—**Tratamiento complementario.**—Sólo nos falta ver ahora qué *medios externos* pueden oponerse á la visceroptosis, no sólo para que los órganos recobren su posición normal, sí que también para devolverles la tonicidad que les faltaba.

El empleo de la faja no es el único tratamiento que puede aplicarse á los trastornos uterinos ocasionados por la visceroptosis. Pueden igualmente aconsejarse ciertas prácticas cuyo fin es devolver á la pared intestinal la tonicidad que le falta. Tres son estos medios: las compresas excitantes, un masaje especial practicado con distintos agentes, y por último, una medicación interna.

1.° Compresas excitantes.—Poco conocida en Francia esta medicación, merece ser generalizada, puesto que con ella se obtienen muy buenos resultados. Es muy empleada en Rusia, Alemania y Austria, donde ha sido vulgarizada por Priessnitz. En realidad, es una antigua práctica popular, pero la humildad de su origen no ha de ser motivo para desecharla.

La aplicación de la *compresa* llamada *excitante* se hace de la siguiente manera: Se coge una toalla, que se dobla por lo largo y se empapa en agua fría; en seguida se aplica sobre el vientre, cubriéndola con

dos ó tres capas de algodón, y el todo con un pedazo de tafetán engomado. Como se ve, consiste en una especie de cataplasma.

La compresa deberá conservarse toda la noche; al principio, no obstante, con motivo del estorbo que á veces ocasiona, se comenzará por dejarla aplicada tan sólo durante una ó dos horas, tiempo que después deberá aumentarse paulatinamente. La compresa fría se calienta rápidamente, y bajo la acción prolongada de esta práctica es indudable que se observa una disminución del tejido adiposo de la pared abdominal, al mismo tiempo que los músculos recobran una tonicidad muy manifiesta. El agua fría puede reemplazarse por las *aguas cloruradosódicas fuertes*, ó también por las *aguas madres;* pero en este caso ha de prescindirse de las aguas madres *cloruradomagnésicas* y emplearse sólo las aguas madres *cloruradosódicas* ó *cálcicas* por ser las primeras menos estimulantes que las últimas.

2.° Masaje y medicamentos locales.—La palabra *masaje* no es rigurosamente exacta, pues el verdadero masaje nos llevaría á un resultado contrario al que pretendíamos obtener; lo propio fuera emplear el término *effleurage*. La práctica de esta medicación exige, en efecto, la mayor discreción por parte del médico, y alternando metódicamente el *effleurage* con el empleo de las compresas excitantes, se obtienen excelentes resultados.

Este masaje especial se practicará con la palma de la mano y no con los dedos, los que se procurará tener levantados. Cuanto más suave sea la fricción, mejor será el efecto producido. Cada sesión ha de durar de veinticinco á treinta minutos. El masaje se hará especialmente según el sentido de las fibras musculares.

Con este masaje podrán emplearse pomadas ó linimentos excitantes, cuyas fórmulas son las siguientes:

Extracto de nuez vómica.	1 gramo
Sulfato de alúmina.	2 —
Vaselina blanca..	30 —
Tintura de benjuí.	c. s. para aromatizar.

H. s. a.—*Pomada.*

Esta preparación se utilizará para el masaje. Puede igualmente preceder á la aplicación de la compresa excitante una untura con el siguiente linimento:

Tintura de quina..	100 gramos
Bálsamo de Fioraventi..	100 —
Alcohol alcanforado..	100 —
Mentol.	3 —
Esencia de clavo.	1 —
Tintura de nuez vómica.	25 —

H. s. a.—*Linimento.*

Este linimento puede también aplicarse sobre el vientre, por la mañana, al despertar, sin secarlo y cubriéndolo luego con una capa de algodón, que la enferma procurará conservar durante el día.

3.° MEDICACIÓN INTERNA.—Se administrarán, cinco minutos antes de la comida, una cucharada de café de *elixir de Gendrin*, y después de la comida, en una infusión aromática, VI gotas de la siguiente preparación:

Tintura de sangre de drago.	1 gramo
— de ipecacuana.	1 —
— de nuez vómica..	6 —
— de badiana.	4 —

Mézclese y filtrese.

Con estos distintos procederes hemos obtenido muchas veces una notable mejoría de las funciones musculares de las paredes abdominales. Podráse asimismo utilizar con algún éxito en las jóvenes madres para favorecer el retorno de la pared abdominal y prevenir de este modo los trastornos visceroptósicos, tan frecuentes á consecuencia de los partos.

3.° **TRATAMIENTO DE LAS FALSAS UTERINAS DE ORIGEN HEPÁTICO.**—Toda falsa uterina de origen hepático debe someterse al tratamiento general de la enfermedad del hígado que la misma padece.

La terapéutica ha de tener en cuenta principalmente las falsas uterinas dependientes de la *litiasis biliar* y de sus accidentes. Las demás enfermedades del hígado que pueden retentar sobre el útero, como la *cirrosis,* los *diversos tumores,* las *ictericias no litiásicas*, etc., dominan de tal modo la sintomatología ó son de sí tan evidentes, que llaman desde el primer momento la atención del médico, apareciendo el trastorno uterino con un carácter del todo secundario.

Supongamos desde luego que se trata de una litiásica bien caracterizada ó latente. Habrá que instituir un régimen y una medicación.

A.—**Régimen.**—El régimen consistirá en prescindir de los platos complicados, tomando, en cambio, carnes y sobre todo volatería asada, excepto la caza. Pueden comerse también pescados, pero sin salsa, sólo con un poco de sal y jugo de limón. Los huevos, preparados de cualquier manera, salvo con manteca requemada. Completa interdicción también para la manteca cocida.

Legumbres verdes condimentadas en la misma mesa con un poco de manteca fresca. Como postres, fruta cocida y poco azucarada. De frutas crudas pueden tomarse ciruelas claudias, uvas y manzanas.

B.—**Medicación.**—La *medicación colagoga* es la que conviene prescri-

bir, teniendo en cuenta dos indicaciones fundamentales, la de aumentar la cantidad de bilis y la de esforzarse al mismo tiempo en disminuir la cantidad de materiales sólidos que contiene.

Aumentan la secreción: la *glicerina*, el *fosfato*, el *benzoato* y el *salicilato de sosa*, el *boldo* y la *boldo-glucina*. Este último medicamento está dotado de propiedades complejas y muy interesantes, puesto que es un ligero hipnótico al mismo tiempo que un excitante de las secreciones intestinal y hepática.

Disminuyen la cantidad de los materiales sólidos de la bilis: el *bicarbonato de sosa* y los *alcalinos*, la *litina*, el *arsénico*, en sus diversas formas (pero á pequeñas dosis); los *purgantes biliares* como la *evonimina* y el *podofilino*. Pero el medio más eficaz continúa siendo todavía la *cura hidromineral de Vichy*, con la que hemos visto curar un gran número de falsas uterinas hepáticas, de lo que es un ejemplo la joven de veinte años afecta de metrorragias bastante alarmantes, por lo que se resolvió practicar un raspado y que curó sin operación y casi sin tratamiento local por efecto de la cura de Vichy.

Si el hígado está aumentado de volumen y doloroso, se obtendrán buenos resultados practicando una revulsión ligera y repetida, ya con *puntos de fuego* muy finos y superficiales, ya con pequeños *vejigatorios* volantes del tamaño de una moneda de cinco céntimos, aplicados sistemáticamente cada semana. En los casos de infartos hepáticos antiguos y tenaces, nada se consigue con dicho tratamiento, á pesar de lo cual se hace absolutamente indispensable para esta clase de enfermos la cura de *Vichy* ó de *Carlsbad*, que se prescribirá á domicilio, caso de que no sea entonces la temporada en que están abiertos los establecimientos balnearios.

4.° TRATAMIENTO DE LAS FALSAS UTERINAS DE ORIGEN CARDÍACO.— Tratándose de enfermas cardíacas, á nadie se le ocurrirá descuidar el corazón para atender al útero y no consagrar desde el primer momento todos los esfuerzos terapéuticos adecuados para regularizar la acción cardíaca y vascular.

En los casos de *lesiones valvulares*, los trastornos uterinos dependen ordinariamente de la falta de compensación, y de aquí que á sostener esta compensación es á lo que deberá dirigirse la terapéutica, para lo cual disponemos de tres excelentes medicamentos; la *digital*, la *esparteína* y la *cafeína*, cuyas respectivas propiedades están bien precisadas.

La *digital* aumenta la diuresis, realza las contracciones del corazón y aumenta la tensión arterial; á ella, pues, recurriremos en la gran mayo-

ría de los casos, ó sea cuando el pulso es pequeño y la contracción cardíaca frecuente, irregular y débil.

La *esparteína* produce solamente una acción tónica sobre el músculo cardíaco; se preferirá, por lo tanto, cuando el pulso sea algo lento, casi regular y se trate únicamente de aumentar la energía de las contracciones del corazón.

La esparteína podrá, por consiguiente, seguir al empleo de la digital y continuar el efecto de la misma.

Por último, la *cafeína* obra principalmente excitando el sistema nervioso del corazón, y se deberá emplear como tónico general de la circulación fuera de las crisis, para las cuales se reservarán especialmente los dos primeros medicamentos.

En los casos de *miocarditis*, el extracto de *estrofantus* (2 ó 4 miligramos), es el medicamento de elección, sobre todo en la *miocarditis segmentaria* descrita por Renault, de Lyón.

Las *cardiopatías arteriales* han sido principalmente estudiadas por Huchard, quien ha precisado los elementos de diagnóstico y establecido el tratamiento. Dicho profesor ha demostrado que en los casos que nos preocupan, esto es, en muchas metrorragias de origen cardíaco, la hipertensión arterial interviene muy frecuentemente. El mejor medicamento que entonces podemos emplear es la *teobromina*.

Nosotros hemos empleado con frecuencia dicho medicamento, y en las metrorragias producidas por la hipertensión arterial, se obtienen con bastante rapidez resultados positivos.

5.° **TRATAMIENTO DE LAS FALSAS UTERINAS CLORÓTICAS.**—Desde el punto de vista ginecológico, las falsas uterinas cloróticas se dividen en dos clases: las *amenorreicas* y las *hemorrágicas*. De cada uno de estos grupos derivan distintas indicaciones en lo que respecta á la terapéutica.

A.—**Cloróticas amenorreicas.**—El caso es extraordinariamente frecuente y es también uno de aquellos en que se cometen numerosos errores terapéuticos. Es evidente que en estos casos no hay ningún motivo para procurar la excitación uterina, pues si una clorótica de este grupo no tiene las reglas, es porque no tiene sangre que perder, y sólo estará indicado, por consiguiente, provocar una excitación uterina funcional cuando, una vez reconstituído el medio sanguíneo, no reaparecieran los menstruos; antes, sin embargo, es del todo necesario tratar únicamente la clorosis.

Aquí se presenta la oportunidad de discutir la cuestión del *hierro*, cuestión en la que muchas veces uno de nosotros ha tenido ocasión de insistir. En efecto, es práctica muy corriente y ordinaria administrar sis-

temáticamente el hierro á toda clorótica: ahora bien, si tomamos al azar cierto número de cloróticas, hallaremos que en poco más de las dos terceras partes curan por medio de la medicación marcial; las demás no reportarán de ella ningún beneficio, si es que llegan á tolerarla. En estos casos se acostumbra recurrir al *arsénico*, que produce ciertamente en algunas enfermas buen resultado; pero siempre quedarán algunas que no sacarán ningún provecho de estos dos medicamentos. En último término estas cloróticas llamadas inveteradas se mandarán á las estaciones de aguas minerales, recomendándoles especialmente ciertas aguas *cloruradosódicas* débiles, que Gubler llamaba con tanta propiedad «Linfas minerales», cuyo tratamiento logra muy buenos efectos. Con un poco de estudio y reflexión se hubieran evitado todos estos tanteos, que siempre redundan en perjuicio de la enferma.

La clorosis, como lo sostiene A. Robin, no es una enfermedad, es un síndrome complejo, una asociación de síntomas resultantes de trastornos diversos de la nutrición. Practicando, pues, en todas las cloróticas análisis de la orina completos, deduciremos las relaciones de los cambios orgánicos.

La proporción entre el ázoe de la urea y el ázoe total nos da el *coeficiente de las oxidaciones azoadas*. La proporción entre los elementos minerales y los elementos totales disueltos en la orina, nos da el *coeficiente de desmineralización* que nos permite averiguar si la enferma pierde bastantes ó demasiados principios minerales. Con todos estos datos reunidos, A. Robin ha demostrado que las cloróticas, desde el punto de vista de la patogenia y partiendo de las indicaciones terapéuticas, pueden dividirse en tres grupos muy diferentes:

1.° Enfermas en las que las oxidaciones azoadas están disminuídas.

2.° Enfermas en las que las oxidaciones azoadas están aumentadas.

3.° Enfermas en las que las oxidaciones son variables, pero cuyo coeficiente de desmineralización está aumentado.

El *hierro* aumenta las oxidaciones, y por este motivo sólo dará resultado en la primera clase de enfermas, siendo inútil por lo menos su empleo en las enfermas cloróticas del segundo grupo.

El *arsénico* disminuye las oxidaciones; estará, pues, indicado en el tratamiento de las cloróticas del segundo grupo.

Por fin, la última categoría comprende las enfermas que necesitan un *tratamiento hidromineral* y especialmente la cura de *Royat*, *Saint-Nectaire*, la *Bourboule;* en una palabra, las linfas minerales de Gubler. Sólo después de haber obtenido el restablecimiento mineral de estos organismos empobrecidos podrá á su vez administrarse el hierro á estas enfer-

mas con algún provecho y utilidad. Todas estas consideraciones son de gran importancia, puesto que nos explican los fracasos obtenidos, y pueden servir de verdadera guía al instituir el tratamiento de la clorótica.

B.—**Clorosis hemorrágicas.**—Las dividimos en tres categorías:

En primer lugar las clorosis hemorrágicas verdaderas, cuya existencia es todavía discutida por bastantes autores y que de todos modos son relativamente raras.

Después, las anemias consecutivas á hemorragias uterinas, ó falsas cloróticas de origen uterino, que reclaman sobre todo el tratamiento local de la afección causal, pero que necesitan también un tratamiento general y reconstituyente.

En estas dos primeras categorías, el empleo del hierro no está contraindicado, pero á condición de administrarlo en forma de *percloruro de hierro*, que no es congestivo y obra á la vez como ferruginoso y astringente.

Vienen, por último, las falsas clorosis hemorrágicas, forma que oculta generalmente la *estrechez mitral*. El tratamiento en este caso no se dirigirá al útero ni contra la anemia, sino más bien á combatir la afección cardíaca generadora.

6.° **TRATAMIENTO DE LAS FALSAS UTERINAS DE ORIGEN RENAL.**—Ya hemos visto que el mal de Bright, la litiasis renal y las pielitis pueden repercutir sobre el útero; examinemos ahora rápidamente las indicaciones que derivan de cada una de estas etiologías.

A.—**Mal de Bright.**—El mal de Bright provoca la amenorrea como expresión del decaimiento del estado general, y más raras veces origina metrorragias, que constituyen una de las manifestaciones de lo que podría llamarse la preuremia.

Inútil es añadir que, desde el punto de vista terapéutico, estos trastornos uterinos no tienen ningún valor, y que lo único que ha de preocuparnos es la afección renal, teniendo en cuenta, además, que conviene respetar en absoluto las metrorragias causadas por dicha afección, pues constituyen un modo de eliminación que sería muy imprudente tratar de detener.

Mas, un punto sobre el que importa insistir es la coincidencia de algunos fibromas uterinos con una albuminuria que varía según los casos, pero que á veces puede adquirir tal desarrollo, que uno de nosotros la ha visto llegar á 8 y 10 gramos por cada veinticuatro horas. Esta albuminuria está ciertamente supeditada al fibroma y existen motivos para creer que es debida á una compresión ejercida sobre los uréteres, la pelvis

renal y hasta sobre el mismo riñón. Esas albuminurias, por intensas que sean, no contraindican en modo alguno las *curas balnearias clorurado-sódicas*, siempre bajo la condición de que estas curas se hagan con la mayor prudencia y de que no se llegue á los baños de alta concentración.

Rigurosamente hablando, no podemos considerar que esos casos formen parte del cuadro de las falsas uterinas; antes al contrario, se trata de falsas bríghticas de origen uterino, en las que, por estar la albuminuria relegada á un segundo término, la terapéutica tiene que dirigirse principalmente contra el fibroma.

B.—**Litiasis renal.**—Una vez conocida la relación ó lazo de unión que existe entre los trastornos uterinos y la litiasis urinaria, ha de instituirse el tratamiento de esta última afección, haciendo hincapié sobre todo en el régimen, pues los medicamentos en uso y que se llaman específicos, *sales de litina*, *piperacina*, *benzoatos*, etc., desempeñan en realidad un papel muy secundario. Ya que el exceso de ácido úrico en la orina es la principal causa de la litiasis renal, importa, por medio de una buena elección de los alimentos, disminuir el consumo de los elementos en virtud de los cuales el organismo fabrica este ácido úrico.

El régimen que recomienda A. Robin difiere notablemente del indicado por los autores clásicos.

En efecto, la mayoría de los médicos se limitan á recomendar el uso del vino blanco, la supresión de casi todas las carnes, y de un modo especial las carnes rojas, y la prescripción del régimen vegetal, excepto espárragos, acederas y tomate, que son proscritos porque son ácidos ó porque contienen oxalatos. Pero el vino blanco es tan nocivo como el tinto, y ya que se temen los ácidos, en realidad tiene más acidez que las legumbres prohibidas.

El régimen propuesto tiene por objeto evitar los alimentos de ahorro, los nucleínicos y aquellos que, según los experimentos practicados en el hombre sano, parecen aumentar la formación del ácido úrico. Sin entrar en detalles acerca de los experimentos y pruebas que han llevado á la formulación de este régimen, expondremos sus principales elementos, que son los siguientes:

1.° Vigilar la alimentación. Se proscribirán ó restringirán los siguientes alimentos: molleja de ternera, sesos, lechillas de peces, *foie-gras*, riñones, caza, alimentos gelatinosos y gelatinas de carne, salsas, pies de cordero, cabeza de ternera, grasas, manteca, frituras, guisados, pescados grasos, como el salmón y la anguila; legumbres farináceas, patatas, guisantes, judías, lentejas, quesos, platos dulces, entremeses, dulces, pasteles, alcoholes, champagne y licores.

2.° La alimentación consistirá preferentemente en carnes rojas y blancas, de aves asadas en parrillas, huevos pasados por agua, legumbres verdes y frutas. Como bebida, el agua pura ó cualquier agua mineral anodina, ó también infusiones aromáticas calientes (*ulmaria ó reina de los valles, flores de habas de pantano,* etc.). La alimentación se compondrá de dos terceras partes de vegetales y una de carnes y huevos.

3.° Impedir toda clase de fatiga, todo agotamiento; pero evitando también la vida sedentaria. Después de cada comida es necesario andar un rato, pero sin llegar á fatigarse.

4.° Fricciones matinales con alcohol alcanforado después de lavarse.

A este régimen se añadirán dosis débiles, pero continuadas, de *carbonato de litina*, de *arseniato de sosa*, de *sulfato de estricnina, benzoato* y *bicarbonato de sosa, balsámicos*, etc.; luego, en la temporada, las curas de *Wittel, Contrexéville, Martigny, Capvern, Evian*, etc.

Régimen, higiene, medicamentos, curas hidrominerales, constituirán los elementos esenciales del tratamiento y se asociarán ó alternarán tales elementos según sea el caso y con arreglo á las indicaciones especiales.

C.—**Pielitis.**—Si se trata de una pielitis, sea ó no calculosa, se atenderá al tratamiento médico de esta afección (1) y se reportarán sobre todo beneficiosos resultados con los *baños de vapor trementinados*, cuya acción especial sobre el útero no es de despreciar. Las *curas hidrominerales en loción* estarán también especialmente indicadas en estos casos de pielitis crónica con repercusión uterina.

7.° **TRATAMIENTO DE LAS FALSAS UTERINAS DE ORIGEN NEUROPÁTICO.**—En las *neurópatas*, y especialmente en las neurasténicas, se investigará primero si la neurastenia es de origen dispéptico ó visceroptósico. Si no resulta manifiesta esta etiología, se estudiarán los cambios orgánicos, con lo que se podrá descubrir, ya una fosfaturia absoluta (aumento de la proporción en bruto entre el ácido fosfórico total y ázoe total), ya un trastorno de las oxidaciones azoadas, una desmineralización orgánica total ó parcial, ó también, por último, cualquier otro trastorno de la nutrición elemental, cuyo tratamiento especial deberá siempre preceder ó acompañar al empleo de los medios clásicamente empleados para combatir el síndrome neurastenia. Las curas hidrominerales de *Plombières, Luxeuil, Néris, Saint-Sauveur, Biarritz, Salies-de-Béarn, Salins-du-Jura, Bagnères-de-Bigorre*, etc., serán excelentes complementos del tratamiento.

Si el sistema nervioso se halla enfermo primitivamente, el problema

(1) ALBERTO ROBIN. — Tratamiento médico de las pielitis. *Bulletin de thérapeutique*, 1897, y *Tratado de Terapéutica aplicada*, tomo I, pág. 415.

resulta más complejo y el médico deberá aconsejar entonces los tratamientos especiales y clásicos que se han propuesto contra la neurastenia esencial. No podemos naturalmente indicarlos todos aquí; haremos tan sólo la siguiente reflexión: ha sido sobre todo en los estados neuropáticos donde se ha tenido más ocasión de comprobar el abuso de la intervención quirúrgica. Uno de nosotros tiene en la actualidad en su clínica una joven de diez y ocho años, virgen, á la que le fué extirpado el útero y sus anexos para curarla de una supuesta neurastenia de origen uterino. Pues bien, tres meses después de la operación han estallado crisis histéricas sumamente serias, y los accidentes que motivaron aquella inútil operación, lejos de atenuarse, se han agravado considerablemente.

8.° TRATAMIENTO DE LAS FALSAS UTERINAS DE ORIGEN ARTRÍTICO. —La diátesis artrítica, si es que esta palabra diátesis no se considera como anticuada, es un proteo que es muy difícil seguir en todas sus fases; empero desde el punto de vista uterino, los fenómenos morbosos que de ello resultan dependen sobre todo de cuatro estados especiales, que son: la *obesidad*, que es con mucho la más frecuente; la *diabetes*, la *fosfaturia* y la *uricemia*. Esta última afección está de por sí vinculada á la litiasis biliar ó renal: se la debe aplicar por tanto el mismo tratamiento, y no tendremos que insistir más acerca de este punto. La diabetes es una afección perfectamente definida, que la separamos por tanto del cuadro, pudiendo consultarse las lecciones publicadas por uno de nosotros acerca del particular en 1895 (1). Nos quedan, pues, la obesidad y la fosfaturia, de las que vamos á tratar á continuación.

A. — **Obesidad.** — Las obesas son frecuentemente amenorreicas ú oligorreicas, y de nada serviría un tratamiento especial encaminado á combatir este síntoma secundario. Se obtendrán mejores resultados con una cura de reducción, tanto más cuanto resulta muy fácil, y puede decirse que la de que vamos á tratar va casi siempre seguida de éxito. Tenemos recogidas, en efecto, 16 observaciones de mujeres obesas y amenorreicas en las que han reaparecido ó se han normalizado las reglas cuando la cura de reducción se ha seguido durante un tiempo suficiente.

Se ha ponderado mucho en estos últimos años el empleo de la *medicación tireoidea* para el tratamiento de la obesidad. Es cierto que algunas mujeres enflaquecen rápidamente; pero no es este un resultado siempre ventajoso, puesto que el enflaquecimiento no es entonces más que uno de los accidentes del envenenamiento tireoideo. Por nuestra parte, no aconseja-

(1) ALBERTO ROBIN.—Tratamiento de la diabetes. *Tratado de Terapéutica aplicada*, tomo I, pág. 91, y *Bulletin de thérapeutique*, 1895.

remos nunca á una obesa la cura tireoidea, cuyos inconvenientes cardíacos, entre otros, ya no se discuten. Lancereaux acaba, es verdad, de demostrar que con el empleo de la *tireoidina* se obtienen notables resultados en la terapéutica de ciertos fenómenos del artritismo; no obstante estos resultados, que necesitan confirmación, según el parecer del mismo autor, consideramos que es inútil emplear un tratamiento peligroso cuando con sólo el régimen puede obtenerse la curación.

Es inoportuno y peligroso hacer ayunar á las obesas; basta reglamentar sus comidas y hacer una selección conveniente entre los alimentos. He aquí cómo se puede conseguir este resultado:

A las siete de la mañana comerá la enferma carne fría en la cantidad que quiera, con 10 gramos de pan nada más. Después de esto alguna fruta cocida sin azúcar. Una taza de té muy ligero y muy caliente, igualmente sin azúcar.

A las diez de la mañana, dos huevos pasados por agua muy poco cocidos, con 5 gramos de pan y 125 gramos de agua y de vino.

Al mediodía, carne fría en la cantidad que quiera, acompañada de berros ó de ensalada verde ligeramente salada y con un poco de zumo de limón; 30 gramos de pan; legumbres verdes en puré, sin salsa. Fruta á discreción. Una taza de 250 gramos de té ligero sin azúcar.

A las cuatro de la tarde, una simple taza de té ligero, sin azúcar.

A las siete, la misma comida que al mediodía, pero con libertad de añadir un plato caliente de carne ó de pescado, sin salsa, aliñado con un poco de zumo de limón y de sal.

Después de cada comida, hasta después de la taza de té de las cuatro, un paseo al aire libre ó por la habitación hasta sentir la primera sensación de cansancio.

Este régimen tan sencillo tiene la ventaja de proporcionar á la enferma, dotada casi siempre de gran apetito, una cantidad más que suficiente de nutrimento, y suprime á la vez todo alimento capaz de añadir grasa al organismo. En la primera semana se comprueba una disminución de peso de 1 á 2 kilogramos; luego la disminución continua progresivamente, siendo mayor ó menor según los individuos. La cura debe durar unos dos meses, después de los cuales se permitirá un descanso. Con mucha frecuencia, al terminar la cura, reaparecen ó se regularizan las reglas.

B.—**Fosfaturia.**— Uno de nosotros ha indicado por lo demás de un modo suficiente el tratamiento de la fosfaturia, ó mejor de las fosfaturias, para que no sea necesario que nos ocupemos de ello en este punto (1).

(1) ALBERTO ROBIN.—Tratamiento de la fosfaturia. *Tratado de Terapéutica aplicada*, tomo I, pág. 141.

De una manera general, se empleará el *fosfuro de zinc*, los *estricnicos*, los *hipofosfitos*, los *glicerofosfatos*, el *fluoruro de calcio*, la *hidroterapia metódica*, las curas de *Neris* ó de *Brides*, etc. Se vigilarán las funciones del hígado y del estómago, para combatir la insuficiencia hepática y la hiperestenia gástrica, tan frecuentes en las artríticas fosfatúricas.

9.° **TRATAMIENTO DE LAS FALSAS UTERINAS INFECCIONADAS É INTOXICADAS.**—En las infeccionadas y las intoxicadas, el tratamiento del *paludismo*, de la *tuberculosis*, la *sífilis*, el *alcoholismo*, el *saturnismo*, la *morfinomanía*, etc., acompañará siempre á las medicaciones empleadas contra los trastornos uterinos.

III

Indicaciones principales del tratamiento local

Simultáneamente con la medicación de la enfermedad generadora, atenderemos á las manifestaciones uterinas. En los capítulos sucesivos trataremos detalladamente de todo lo referente á la terapéutica de la *amenorrea*, de la *dismenorrea* y de las *metrorragias;* sólo nos concierne ahora, pues, establecer indicaciones generales.

Consignaremos aquí el resultado de la práctica empleada en la clínica de Alberto Robin, en la Pitié, para todos los pequeños trastornos uterinos que necesitan medios paliativos ó profilácticos, más bien que curativos, dependiendo la curación sobre todo del tratamiento de la causa, cuya desaparición es el medio más seguro de modificar aquellos accidentes locales.

1.° **LEUCORREA.**—La leucorrea puede decirse que es el eterno síntoma que aquejan la mayor parte de las enfermas, y es necesario intervenir localmente para disminuir, cuando menos, los verdaderos inconvenientes de este estado, en espera de los efectos de la medicación general.

La enferma tomará mañana y noche, estando acostada, á la temperatura de 35 á 40°, una inyección vaginal lenta de la mezcla siguiente:

Agua.	2 litros
Tanino.	1 cucharadita
Láudano de Sydenham.	LX gotas

Mézclese.

Esta simple precaución basta para que disminuya el flujo de un modo considerable, si la leucorrea no es debida á una causa profunda.

2.° **ULCERACIONES DEL CUELLO.** — Después de una inyección antiséptica de *agua esterilizada* ó de *licor de van Swieten*, diluída en cinco veces su volumen de agua, tómese una torunda empapada de la mezcla siguiente:

Tanino. . . . . } aa partes iguales
Glicerina . . . . . }

M. s. a.

y aplíquese en el cuello uterino, dejándola aplicada durante algún tiempo (de dos á doce horas).

Si la ulceración es tenaz, dará buen resultado la aplicación, por la noche, de *óvulos de ictiol*, y, si es necesario, un tratamiento prolongado por la *tintura de yodo* ó el *percloruro de hierro* en toques ó pincelaciones repetidos cada dos ó tres días.

3.° **DESVIACIONES Ó PROLAPSO.** —Como á menudo las desviaciones y el prolapso son consecuencia de la visceroptosis, deben tratarse con la aplicación de una de las *fajas* ya descritas anteriormente: pero si, aparte de la desviación, la enferma tiene un verdadero prolapso uterino, convendrá emplear el *pesario de Dumontpallier*.

4.° **CONGESTIÓN ÚTERO-OVÁRICA.** — La enferma deberá permanecer en cama hasta que hayan desaparecido los fenómenos congestivos. Tomará todos los días un baño general con 250 gramos de *gelatina* de París, baño de veinte minutos á una hora de duración. Se colocará sobre el vientre la compresa excitante de Priessnitz, con arreglo al método ya descrito. Se pondrán, si es necesario, *pequeños vejigatorios* sobre la región dolorosa, y aun, si los fenómenos inflamatorios adquieren cierto carácter de intensidad, no hay inconveniente en que se apliquen *sanguijuelas* en la zona hipogástrica ó en la parte superior de los muslos, y en algunas circunstancias, en el mismo cuello uterino.

5.° **DISMENORREA.**—La dismenorrea, frecuente epifenómeno de las afecciones causales anteriormente descritas, depende principalmente del tratamiento de éstas. Pero como la enferma sufre, es necesario aliviarla ante todo. Sin pasar á describir los tratamientos clásicos, insistiremos solamente en un punto que consideramos importante. A nuestro modo de

ver, el mejor tratamiento de los dolores menstruales es el *vejigatorio*. No ignoramos que con esto vamos en contra de las ideas actualmente reinantes. No hace mucho tiempo se ha sostenido una violenta campaña contra el vejigatorio en la Sociedad de Terapéutica, de París, acusándole de ser causa de numerosos accidentes y de no tener ninguna utilidad; pero uno de nosotros rechazó en lo posible dicha opinión, originándose en la Academia de Medicina, de París, una discutida controversia.

Esta campaña contra el vejigatorio adolece de una generalización singularmente exagerada. El vejigatorio tiene, en verdad, sus inconvenientes, pues más de una vez ha sido la causa de serios accidentes; pero ¿cuál es la medicación que no cuenta accidentes en su pasivo? En Medicina, el hecho en sí tiene importancia, y ante él las cuestiones de doctrina desaparecen, pues el hecho es que el vejigatorio resulta un procedimiento terapéutico de utilidad innegable en los accidentes congestivos dolorosos, y que en estos casos, que son tan numerosos, produce siempre una calma, lo que hace sea aceptado con reconocimiento por la enferma. Clamamos, pues, contra la proscripción que se ha querido dictar del vejigatorio, y seguiremos prescribiéndolo en las congestiones uterinas y en los casos de dismenorrea, convencidos de que no tenemos á nuestra disposición otro medio más seguro para calmar los dolores.

6.° METRORRAGIA.—El mejor procedimiento para detener las pérdidas consiste en las inyecciones muy calientes, de 40 á 50°, con una *solución de gelatina* al 7 por 1000. Al mismo tiempo se hará tomar á la enferma en las veinticuatro horas cuatro ó seis píldoras de la siguiente fórmula:

Ergotina Bonjean.	10	centígramos
Polvo de sangre de drago.	10	—

Para una píldora;

ó de cuatro á seis cucharadas de esta poción:

Ergotina Bonjean.	4	gramos
Acido gallico.	0'50	—
Jarabe de trementina.	30	—
Agua de tilo.	120	—

H. s. a.—Poción.

7.° MENORRAGIA.—Muchas falsas uterinas tienen las reglas adelantadas, lo que prolonga la duración del flujo catamenial y aumenta las pérdidas ya sensibles para las mujeres en mediocre estado de nutrición. Es necesario tratar de obtener una regularización del período menstrual. Se ordenará á la enferma que tome, en las dos comidas principales, ocho

días antes de la época conceptuada de las reglas, de una á tres cucharadas de café del siguiente elíxir:

Elíxir de Garus.		100 gramos
Extracto fluído de hydrastis canadensis. .	ana.	5 —
— — de viburnum prunifolium .		
— — de gossypium herbaceum .		

H. s. a.—Elíxir.

Se cesará de tomarlo desde el día reglamentario del período, á fin de que éste no pueda más ó menos influir; pero si el flujo se prolonga más de lo regular, lo que es frecuente, se tomará de nuevo la mixtura desde el cuarto día. En caso de intolerancia para los medicamentos de esta prescripción, se podrá aconsejar el uso de las *píldoras de ergotina* antes indicadas.

8.° **AMENORREA.**—En caso de amenorrea, no aconsejamos que se intervenga sino cuando, suponiendo la ocasión propicia para provocar una excitación en el aparato genital, se desea determinar una congestión que pueda acelerar un período difícil de establecer. Entonces prescribimos las píldoras siguientes, para que se tomen de dos á tres al día:

Sulfato de hierro (ó tartrato férrico-potásico).	0,05 á 0,10 gramos
Aloes del Cabo.	0,10 —
Extracto de quina.	0,05 á 0,10 —

H. s. a.—Una píldora.

Asociar un tratamiento general á los medios locales y puramente médicos dirigidos contra los trastornos uterinos, esto es, volver, completándola y modernizándola, á la práctica de los ginecólogos de la pasada generación, tal es, en resumen, la marcha que aconsejamos seguir, para que reingresen en el campo de la medicina gran número de afecciones llamadas uterinas, reclamadas hoy por la cirugía.

TERCERA PARTE

LA MENSTRUACIÓN Y SUS ACCIDENTES

Higiene y terapéutica

CAPITULO PRIMERO

LA PUBERTAD EN LA MUJER

I

Definición

La *pubertad*, dice Rullier, es «la época de la vida caracterizada especialmente por el desarrollo rápido, el complemento de organización, y la aptitud para el ejercicio de sus funciones que adquieren los órganos de la reproducción de la especie.» Desde el punto de vista especial de la terapéutica que nos ocupa, no debemos entrar en consideraciones acerca si las primeras reglas coinciden siempre con la primera ovulación, y si la nubilidad, como sostienen Littré y Robin, es más tardía que la pubertad. Hay, en la vida de la joven, un período de mayor ó menor duración, abundante en cambios de todo su organismo, que comienza en el momento en que en ella se preparan las reglas y acaba cuando la menstruación queda establecida de un modo definitivo y regular. Este período exige cuidados especiales que competen á la higiene ó á la terapéutica de la *pubertad*.

II

Consideraciones generales

La *menopausia* es llamada la edad crítica, siendo en realidad más crítica la *pubertad,* en la que se inician á veces afecciones cuyos síntomas trastornarán largo tiempo no sólo la vida genital de la mujer, sino también toda su economía. No obstante, la literatura médica contemporánea no es tan abundante acerca de este particular como en lo que se refiere á otros capítulos de ginecología ó de patología más general.

A fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, muchos autores se han ocupado de la *pubertad* y de los consejos que el médico debe dar á las madres de familia. En lo referente á este último punto sobre todo, los escritos de algunos de aquéllos reflejan de una manera muy atractiva é interesante las ideas de los filósofos y de los grandes maestros de la época; algunas de sus páginas parecen pasajes sacados de J. J. Rousseau. Hoy día aun podemos también, con los discípulos de Juan Jacobo, dolernos de que nuestras hijas no usen, como las mujeres de la antigüedad, aquellos trajes cuya soltura ó comodidad «no oprimía para nada el cuerpo, contribuía mucho á que éste conservara las bellas proporciones que se admiran en las estatuas, y que sirven todavía de modelo en el arte, cuando la naturaleza desfigurada ha dejado de procurárselas entre nosotros;» estos ropajes holgados y ligeros permitían que sus formas se desarrollaran mejor sin traba alguna, en el momento en que su organismo evoluciona al prepararse para las funciones de la maternidad. Algunas jóvenes de una inteligencia demasiado precoz, de imaginación viva y exaltada, se evitarían á buen seguro muchos tormentos ó molestias de la *pubertad,* si, llevando una vida de campo, hubiesen conservado aquel candor y aquella simplicidad que Rousseau admiraba en las hijas de los montañeses del Valais regladas tardía y fácilmente. Rostan ha podido expresar su agradecimiento «al filósofo de Ginebra, cuya noble elocuencia contribuyó tan poderosamente á destruir los prejuicios góticos de que eran las víctimas los niños recién nacidos por el modo de vestirlos.» Pero ni Rousseau ni nadie logrará que una joven deje de someterse á las obligaciones de la sociedad y á las leyes de la moda y se atenga á los consejos de las personas instruídas y prudentes. Nuestras costumbres no cambiarán de un modo radical; por tanto al médico le corresponde prevenir los trastornos provocados en el momento de la *pubertad* por el género de vida, el trabajo, la

instrucción, la educación, los usos, según el temperamento, el clima y la posición social. En otro capítulo expondremos la terapéutica de los accidentes propiamente dichos de la *pubertad*.

III

Nociones sobre los fenómenos de la pubertad

La aparición de las primeras reglas ocurre de ordinario entre los trece y diez y seis años. Algunos autores citan observaciones en las que una menstruación regular quedó establecida en niñas de ocho años, cuatro años, dos años, 9 meses y aun menos. Casi no pueden ser consideradas estas excepciones como casos de *pubertad* precoz; se trata más bien de verdaderas *monstruosidades eménicas*, compatibles con una buena salud durante toda la vida, pero también pueden presentarse en niñas de constitución enfermiza y débil.

La potencia genital, ó *sentido genital*, fuerza ó vigor más ó menos intensa que la naturaleza emplea en el desarrollo de las vesículas de De Graäf (Raciborski), es con bastante frecuencia la única causa que podemos invocar para la explicación de la precocidad ó el retardo del primer flujo menstrual. Esta potencia genital, atributo personal de cada mujer, y susceptible de variación según las mismas é independientemente de toda condición de medio y de clima, no se manifiesta, no obstante, siempre sin haber sufrido los efectos de diversas influencias. En todos los países, tanto en las regiones del norte como en las del centro ó del sur, por el impulso de una actividad ovárica más intensa ó más débil, hay jóvenes regladas á los once y doce años y otras que lo son á los diez y seis, diez y siete y diez y ocho; pero en la mayoría de los casos el origen y la herencia sostienen en la raza la aparición de la *pubertad* á una edad intermedia.

Si la familia se expatría, esta influencia del origen se deja todavía sentir al menos durante largo tiempo; es clásico citar las jóvenes inglesas nacidas en las Indias de padres europeos y regladas más tardíamente que las indígenas. Esta especie de ley fisiológica, este sello durable que la herencia impone á una raza, dependen de la acción continua de múltiples causas en una larga serie de individuos. Respecto de la menstruación, el clima y la latitud geográfica, el género de vida y de ocupaciones desempeñan el principal papel. A medida que alejándonos del norte nos aproximamos á las regiones ecuatoriales, encontramos las mujeres más precoz-

mente púberes. En un mismo país, en Francia por ejemplo, las jóvenes del campo son regladas más tarde que las hijas de las grandes ciudades, y en las poblaciones, las señoritas de la clase acomodada más pronto que las obreras. Las jóvenes campesinas, en efecto, sometidas á veces á fatigas mayores de lo que permite su edad, con un régimen alimenticio poco delicado y aun poco substancial, se dedican casi exclusivamente á trabajos manuales que dejan en tranquilidad su espíritu. Al contrario, en una joven rica, crecida en el acomodo, cuya inteligencia es despertada por el estudio, el medio social, su actividad ovárica será solicitada de un modo más apremiante; al lado de ella, la obrera pálida, debilitada, en un taller sin luz ni aire libre, sin alimentación suficiente ó buena, tendrá una potencia genital más débil. Teniendo en cuenta todas estas diferencias, en Francia, la *edad media* de la *pubertad* es á los catorce años y medio.

Aparte de las monstruosidades eménicas indicadas anteriormente, se manifiestan *pubescencias precoces* mucho antes de los catorce años y medio, lo propio que hay *pubescencias tardías*, comenzando á los veinte, veinticuatro y aun veintiséis años, sin que de ello resulte para la joven ningún trastorno morboso, ningún grave inconveniente. Estos descarríos de la potencia genital ocurren á veces en varias personas de la misma familia (Gendrin), pero se observan también casos aislados que sobrevienen sin que se puedan atribuir á ninguna de las influencias antes enumeradas.

La aparición de las primeras reglas acontece algunas veces de un modo inopinado, pero es rara esta sorpresa. Van frecuentemente precedidas de un flujo seroso, seromucoso, teñido de sangre algunos días, ó sobrevienen cólicos, fenómenos que pueden durar semanas y aun meses. En las linfáticas sobre todo, este flujo adquiere los caracteres de un *flujo leucorreico* espeso, que irrita la vulva y entumece los grandes labios, en los que aparecen, así como en la cara interna de los muslos y en el periné, *eritemas*, vesículas de *eczemas* y de *herpes*. También en la misma época, crisis de *diarrea* parecen reemplazar á las reglas que se establecen con dificultad. La joven se queja de una lasitud general; sufre pesadez en los lomos, en la pelvis y períodos de cólicos dolorosos; las regiones suprainguinales son sensibles y tiene frecuente necesidad de orinar. Ráfagas de calor le llegan al rostro; tiene vértigos, palpitaciones, algo de opresión respiratoria, algunas náuseas, trastornos dispépticos é inapetencia, dolores de cabeza, escalofríos, el pulso es más fuerte y más rápido. Estos pródromos son generalmente muy atenuados; pero no ocurre siempre así, y en particular las jóvenes de origen gotoso ó artrítico se ven molestadas por *jaquecas* y *neuralgias* tenaces y violentas, con desvanecimientos y zumbidos de oídos; *epistaxis* abundantes, *fluxiones dentarias*, *conjuntivitis*, *blefaritis*,

anginas, resfriados, forúnculos, se repiten ó alternan, al mismo tiempo que en la frente, la nariz, las mejillas y los hombros aparece el *acné* de la *pubertad*. Como los *forúnculos* y el *acne*, el *eczema*, el *prurigo*, la *urticaria* tendrán tendencia á reaparecer en la *menopausia* al final de la vida genital, así como los *edemas simples* ó acompañados de *neuralgias* (1). Las crisis dolorosas periódicas, que bastante ingeniosamente se han denominado *jaquecas uterinas* (Rendu, Labadie-Lagrave), pueden ir acompañadas de una *metrorragia* abundante, que la tendencia á las congestiones de las artríticas podrá reproducir en las menstruaciones subsiguientes. De evolución genital en general más lenta y más sorda, las linfáticas y las escrofulosas, sujetas á la *leucorrea*, presentan menos complicaciones nerviosas y cutáneas.

Aparece, en fin, el primer flujo sanguíneo: es un descargo, un alivio para todo el organismo. Al principio, las reglas subsiguientes no se establecen siempre con una periodicidad regular; la segunda hemorragia catamenial puede hacerse esperar varias semanas, algunos meses y hasta un año. A pesar de la autoridad de Astruc, quien dice que una joven debe quedar perfectamente reglada en el espacio de seis meses, una excepción de tal ley no debe causar grande inquietud.

Esta entrada en funciones del ovario, el rápido desarrollo del útero, no se efectúan siempre sin complicaciones genitales, que serán expuestas luego al tratar de los medios de prevenirlas ó de combatirlas. Pero los cambios que esta época de la vida establece en la joven no alcanzan únicamente al aparato sexual; el organismo entero sufre una impulsión; las modificaciones de cada sistema explican los accidentes tan variados de la *pubertad*, y su rápida enumeración nos permitirá considerar de un modo muy general la terapéutica que hay que instituir.

Paralelamente al útero y al ovario, los órganos genitales externos se desarrollan á su vez. Al mismo tiempo el cuello y la glándula tireoidea aumentan de volumen; el pecho se levanta, las mamas se abultan, el pezón se alarga y enrojece; «los miembros, los hombros y las caderas adquieren un carácter de expansión, de gracia y hermosura»; la mujer se forma. Con todo, estos caracteres de la sexualidad femenina no se manifiestan indiferentemente; los trabajos penosos y rudos, un género de vida parecido para los dos sexos aproximan la mujer al hombre. Es ésta una observación cuyo valor ha sido bien puesto en evidencia por los antropólogos; hay menos separación ó diferencia entre los dos sexos en las clases y colonias de agricultores, pescadores, cazadores, etc., que en las clases industriales, comerciales y otras (Carlos Robín). «Es, por otra

(1) Véase *Menopausia*.

parte, un hecho bien conocido que, en muchos pueblos salvajes ó solamente bárbaros, la constitución de la mujer difiere menos que entre nosotros de la del hombre (Broca).»

La pelvis se ensancha (la gran distancia de las espinas ilíacas antero-superiores constituye uno de los caracteres más expresivos de la pelvis de la mujer aria, Campana), los fémures resultan oblicuos; el sistema óseo participa del crecimiento general; también en la época de la *pubertad* se inician á menudo las *desviaciones de la columna vertebral.*

Por parte de las vías respiratorias, la *laringe* y la glotis experimentan varios cambios importantes; la laringe se alarga de delante atrás, la voz varía, modifica su timbre, aunque menos que en el joven. El desarrollo del *tórax* da mayor amplitud á la capacidad pulmonar. Andral y Gavarret han demostrado que la cantidad de *ácido carbónico* exhalado por la respiración aumenta en proporciones iguales en los niños de los dos sexos hasta la *pubertad.* Pero desde la aparición de las primeras reglas hasta las proximidades de la *menopausia* se establece un período de tasa ó proporción invariable de ácido carbónico espirado, cuando en el hombre esta cantidad de ácido carbónico sigue aumentando hasta la edad de treinta años. Arán opinaba que esta diferencia de carbono se encuentra en la sangre perdida, y se volvía con ello á la hipótesis de que el flujo catamenial sirve de depuración al organismo. Que sea éste el *solo papel, la causa única de la menstruación,* es una idea teórica muy exclusiva, y que no es admitida hoy día en general; no obstante, se discute de nuevo.

Alberto Robin y Mauricio Binet (1) han continuado recientemente el estudio del *quimismo respiratorio* durante la menstruación y demostrado que ésta aumenta el número de respiraciones, la capacidad pulmonar (2,5 por 100), la ventilación (12,73 por 100), el ácido carbónico exhalado (19,73 por 100), y el oxígeno total consumido (12,73 por 100), mientras que el oxígeno absorbido por los tejidos tiende más bien á decrecer á consecuencia de que la superproducción del ácido carbónico predomina á la absorción del oxígeno total. En resumen, estos autores han demostrado que durante las reglas hay aumento de los cambios respiratorios.

Investigaciones hechas en la misma época en la Pitié por H. Keller, en el laboratorio de Alberto Robin, acerca las modificaciones sufridas por los *cambios generales* por la influencia de las reglas, demuestran que si bien durante la menstruación hay disminución de la cantidad de albúmina con-

(1) ALBERTO ROBIN y MAURICIO BINET.—Los cambios respiratorios en las hemorragias. *Archives générales de Médecine,* Junio de 1897.

sumida, hay en cambio aumento de las oxidaciones azoadas; en otros términos, que la desintegración azoada disminuye, pero que la evolución del ázoe desintegrado es sensiblemente mejor. Antes de Keller, los trabajos de Robuteau, de Mary Putnen Jacobi y de Th. Schrader habían logrado ya resultados análogos aunque mucho menos completos (1).

Lo que se desprende en resumen de todos estos trabajos, es que la menstruación de por sí suscita un acrecentamiento de las funciones vitales y especialmente de la gran función oxidante del organismo.

El rápido crecimiento de numerosos órganos, la metamorfosis completa de todo el modo de ser del organismo excitan la nutrición, ya tan vigorosa en los niños y los adolescentes; pero los medios reparadores que deben hacer frente á este dispendio exagerado no alcanzan siempre á cumplir su cometido, y entonces los trastornos por parte de la sangre y del sistema circulatorio acaban de hacer crítico el establecimiento de la menstruación en la época de la vida en que la génesis de los hematíes debería ser especialmente activa y durable. En todo tiempo la *clorosis* — más exacto sería decir una forma de la *clorosis*—ha sido considerada como una enfermedad de la pubertad. Provoca accidentes genitales; pero, según muchos autores, no depende de aquéllos; verdadera hipoplasia mecánica, es explicada por la dificultad de la transformación de los hematoblastos, la deformidad de los hematíes y su destrucción demasiado precipitada. Va á menudo acompañada además de otras hipoplasias arteriales genitales, pero que no son condiciones esenciales para su aparición. Charrin, reproduciendo una teoría relegada, supone que la etiología de la *clorosis* reside en la insuficiencia de la eliminación de un veneno que el organismo expulsa por los menstruos. Spillmann y Etienne atribuyen al ovario un triple papel: 1.° ovigenésico; 2.° expulsión de las toxinas; 3.° secreción interna análoga á la del testículo y desempeñando un cargo en la nutrición general; todos los fenómenos de la *clorosis* proceden de la insuficiencia ovárica. Parece, en efecto, muy difícil no admitir que cuando menos una variedad de *clorosis* reconoce un origen genital.

Hay una variedad de *estrechez mitral* pura, dependiente de causas no bien conocidas, considerada en ciertos casos como una aplasia, y que tiene

(1) H. Keller.— La nutrición durante la menstruación y su papel en el proceso vital de la mujer. *Archives générales de Médecine*, Mayo de 1897.

Rabuteau.—De la influencia de la menstruación en la nutrición. *Gazette médicale de Paris*, 1871.

Mary Putnen Jacobi.—*The question of rest for woman during menstruation.* Londres, 1878.

Th. Schrader.—*Untersuchungen über den Stoffwechsel während der Menstruation.* In. C. Von Noorden.—*Beiträje zur Lehre von Stoffwechsel der gesunden und kranken Menschen.* Berlin, 1894.

tendencias á no manifestarse hasta la pubertad. Sus accidentes se acentúan sobre todo en este momento, dismenorrea, metrorragias, reglas dolorosas, con hemorragias á distancia, hemoptisis, hematemesis, epistaxis, etc., con palidez, sofocación, palpitaciones, constituyendo el cuadro patológico que se ha denominado *falsa clorosis*. Los latidos exagerados de un corazón al parecer grande, acompañados de soplos, taquicardia é irregularidades del pulso, han sido atribuídos por G. Sée á la hipertrofia de crecimiento, desproporción entre un corazón demasiado bruscamente desarrollado y un tórax de escasa amplitud.

Potain y Vaquez han demostrado que esas modificaciones del volumen provenían de dilataciones pasajeras y no de una hipertrofia, y que los síntomas concomitantes eran debidos á la fatiga, á la neurastenia ó á trastornos primitivos de otros órganos. A la hipertensión arterial atribuye Huchard esas dilataciones, así como ciertos accesos de taquicardia. En las deformaciones cardíacas, en la *cianosis*, la pubertad es tardía y no va acompañada de aquellas metrorragias abundantes que se repiten en el curso de las demás enfermedades del corazón hasta revestir caracteres alarmantes.

Por último, se han visto distintas hemorragias acompañar — *reglas suplementarias* — ó reemplazar — *reglas desviadas* — á la instalación del flujo menstrual; unas forman parte, como quería Parrot, de la clase de las hemorragias neuropáticas, mientras que otras son de dudosa naturaleza. Una hemoptisis, por ejemplo, hará creer siempre en la posibilidad de una congestión perituberculosa favorecida por el molimen menstrual.

Las congestiones, obedeciendo al impulso que proviene del aparato genital, se localizan principalmente en diversos órganos, cuando la sangre no encuentra su salida natural por la matriz ó el flujo resulta insuficiente. Pero estos accesos congestivos no terminan siempre en hemorragia, sino que muchos se manifiestan por fenómenos de carácter menos alarmante, que la hematemesis ó la hemoptisis; á ellos hay que atribuir también la *albuminuria* transitoria de la pubertad, ciertos trastornos *dispépticos* y *hepáticos*, las *paraplegias dolorosas* dependientes de una *congestión raquídea momentánea*, etc.

Una descripción que se limitara á enumerar los cambios en la constitución física, pecaría ciertamente de incompleta, pues la transformación intelectual y moral no es de menor importancia y requiere un estudio minucioso y solícito y de mayor atención quizá que los primeros. La joven, trastornada por impresiones vagas y mal definidas, tiene exaltada su sensibilidad general; su carácter es variable, las manifestaciones de alegría van seguidas de crisis de llanto, cae en un estado de melancolía y en

una especie de indolencia y languidez que «todo la emociona y trastorna». Por otra parte, sensaciones hasta entonces desconocidas la sorprenden y se vuelve reservada y pudorosa; se aviva su imaginación como su memoria y se forman la atención y el gusto. En las jóvenes predispuestas, el sistema nervioso sufre los contragolpes de esa evolución moral y física y sus perturbaciones varían desde los síntomas más insignificantes hasta las más temibles complicaciones.

La instabilidad y tendencias irascibles de un espíritu caprichoso se acrecientan ó súbitamente desaparecen, cediendo su lugar á los accesos de *neurastenia* ó de *histerismo;* los primeros ataques de *epilepsia* se manifiestan con frecuencia en la época de las primeras reglas; la *corea* es bastante frecuente. Existe también una *locura* puberal (Delasiauve, Ball), que consiste unas veces en una simple detención del desarrollo intelectual, otras veces en una manía delirante ó estupor lipemaníaco (Mairet), cuya aparición es favorecida por la herencia, la cloroanemia, la fatiga cerebral y finalmente el abuso de la masturbación, que los antiguos autores Tissot, Daignan, Rullier y Virey contaban entre el número de los accidentes de la pubertad.

IV

Higiene de la pubertad

«El estado puramente natural no exige ningún tratamiento, y no hay más que dejar obrar por sí sola á la naturaleza (Astruc).»

Verdaderamente, sería inútil y hasta perjudicial instituir una terapéutica activa, tratándose de una joven fuerte y robusta, por el motivo de que tiene las primeras reglas. Con todo, han de tomarse las precauciones necesarias, así como evitar las transgresiones en el régimen, aunque la joven disfrute de la más perfecta salud; el médico deberá siempre aconsejar los principios de higiene general; estas precauciones aumentarán con mayor motivo si se trata de una joven delicada, de débil constitución, sobre todo si ha nacido de padres tuberculosos, pues la acecha la clorosis del mismo modo que amenaza á las hijas de neurópatas, que están expuestas además á complicaciones nerviosas. Exigirán atenta vigilancia y solícitos cuidados la sífilis hereditaria, que detiene el desarrollo y el crecimiento, así como atrofia los ovarios (Fournier), y la permanencia en un país palúdico ó en un medio expuesto á las intoxicaciones crónicas, tales como el mercurialismo ó el saturnismo.

1.° **HABITACIÓN.**—La joven, en el período de la pubertad, vivirá, siempre que le sea posible, con su familia; mas con la condición de que esto no sea para ella motivo de más privaciones y fatigas. Las jóvenes del campo no han de abandonarlo precisamente en este momento para solicitar trabajo en las ciudades, ni escogerlo tampoco las obreras para entrar en los talleres. Las jóvenes que hace mucho tiempo están en una casa ó establecimiento de educación podrán continuar en él, rodeadas de todos los cuidados y atenciones que su estado reclama, pero volviendo á sus respectivas casas, si es necesario, al menor motivo de alarma ó preocupación. Mas de ningún modo los padres pondrán á su hija á pensión en un colegio cuando vayan á aparecer las primeras reglas, y esto es desgraciadamente lo que sucede algunas veces, bajo la preocupación de los exámenes que han de sufrir á los quince ó diez y seis años y para cuya última y completa preparación es necesaria la residencia en la ciudad.

Por muchos que sean los progresos realizados en las casas de educación para proporcionar las mayores comodidades y bienestar á las alumnas, no pueden hallar éstas en las mismas (ó muy raras veces cuando menos) la ventilación y sol que son necesarios en el período de la pubertad; la relativa claustración, el régimen alimenticio quizá algo escaso y siempre diferente del de la familia, y á veces la nostalgia, contribuyen á agravar la tendencia ya de sí tan pronunciada á la indolencia y á la fatiga. No podemos, pues, compartir la opinión de un eminente prelado de nuestro siglo, que en sus cartas sobre la educación sostiene que las jóvenes más débiles se fortalecen en un pensionado por la regularidad que se observa en las horas de las comidas, de levantarse y de acostarse; una madre podrá, en su casa, siempre que lo quiera, establecer esta provechosa regularidad.

2.° **ALIMENTACIÓN.**—La alimentación ha de ser abundante y tónica; las comidas serán numerosas y las dos principales se compondrán de carnes asadas ó tostadas y vino. Si se combaten á tiempo y debidamente los estravagantes ó caprichosos gustos de las anémicas y nerviosas que en esta época se manifiestan, la pérdida de apetito y hasta la repulsión para los alimentos, se evitará la demacración y caquexia á que estas jóvenes se hallan propensas y habrá menos dispépticas. La ingestión de bebidas heladas durante el flujo menstrual ha producido á veces su suspensión; el mismo resultado han dado á veces los purgantes que se administran en los casos de muy frecuente constipación.

3.° VESTIDOS.—Si peligroso es el frío para todas las mujeres durante la menstruación, lo es mucho más todavía en los comienzos de la vida genital, y todos los autores clásicos refieren accidentes que se han atribuído á la inmersión de las manos ó de los pies en el agua á baja temperatura. También la elección de los vestidos tiene su importancia; han de ser suficientemente holgados para que no compriman los órganos, y es necesario que protejan eficazmente contra las variaciones del aire y del clima, impidiendo que experimente la influencia de las transiciones demasiado bruscas. No hay daño ó perjuicio en una joven que no se haya atribuído al uso del corsé, que comienza de los doce á los diez y seis años. Se le reprocha, y con razón, el comprimir las mamas, el tórax y el vientre en la época en que más se desarrollan; rechazando ó comprimiendo la masa abdominal, deprime el útero de tal manera que le sujeta y disloca. Chapotot y después Hayem y Lion describen la enfermedad del corsé y ponen de manifiesto sus perniciosos efectos en la patología del estómago y del intestino. Pero, á pesar de todos estos sanos consejos, el corsé no está destinado á desaparecer, por lo que debemos contentarnos con protestar de su constricción exagerada y señalar los peligros que puede acarrear su abuso; por lo demás, si se aplica convenientemente, puede ser bien tolerado y hasta en algunas ocasiones dar buenos resultados.

4.° EJERCICIOS FÍSICOS.—Entre todos los medios empleados para fortalecer la joven y facilitar su evolución en la época de la pubertad, dos son los que nos ocuparán de preferencia: los *ejercicios gimnásticos* ú otros cualesquiera, y la *hidroterapia*, pues si bien son muy útiles en la generalidad de los casos, si son mal comprendidos ó prescritos de una manera intempestiva, resultan perjudiciales y pueden tener bastante malas consecuencias. Evidentemente hemos de combatir la pereza ó inacción; pero como el período es crítico y va acompañado de una lasitud general, las fatigas exageradas agotan, debilitan á los organismos delicados y traen malas consecuencias; el resultado que se obtiene es del todo contrario al que nos proponíamos: lejos de fortalecer su salud, las jóvenes se debilitan, pierden el apetito al mismo tiempo que disminuye su aptitud para el trabajo intelectual; son presa de dolores persistentes de cabeza, dolores artrálgicos y musculares y de esas pretendidas fiebres de crecimiento que en realidad no son más que una forma de la fatiga. No son solamente las jóvenes del campo y las obreras que se ocupan en trabajos penosos las que están expuestas á estos accidentes, pues el concepto erróneo que se tiene de los ejercicios físicos practicados con exceso,

da lugar también á que se presenten dichos accidentes en todas las clases sociales.

Teniendo en cuenta estas restricciones, toda *gimnasia* metódica y moderada producirá muy buenos resultados; la *gimnasia sueca* reune todas estas ventajas, pero no es tampoco la única que goza de tal privilegio. El *paseo* es uno de los ejercicios más saludables, puesto que imprime un movimiento rítmico y acompasado á todo el cuerpo, y al mismo tiempo somete al organismo, por una ó dos horas, á la influencia del aire exterior; no insistiremos respecto al benéfico influjo de las *excursiones, patinaje, juegos diversos*, etc. En cuanto á la *esgrima*, que ya se trata de enseñarla á las mujeres, no se les permitirá hasta que la menstruación esté bien establecida. Raciborski atribuye una especial eficacia á la *equitación;* en los casos de ovulación lenta, pretende dicho autor que este ejercicio sirve de excelente emenagogo y precipita la aparición de las reglas, cuya abundancia, por lo demás, no constituye una contraindicación. Este medio, á pesar de la respetable autoridad de Raciborski, no nos convence del todo; Stolz, por su parte, teme la producción de trastornos genitales y hasta de hematoceles (?) por las sacudidas y traqueteos que esta práctica ocasiona. Que la equitación se ordene para fortalecer á una joven en su crecimiento, es muy racional; pero cuando van á aparecer una serie de fenómenos desacostumbrados que modificarán toda la fisiología de la pelvis, nos parece más prudente, durante algunos meses, buscar otros medios ó procedimientos menos bruscos para facilitar el flujo catamenial. Lo mismo podríamos decir de otro deporte actualmente muy en boga: la *bicicleta*. La actividad de los músculos llama la sangre hacia ciertas regiones, infartando ó desingurgitando por consiguiente los órganos vecinos, y Thure Brandt ha indicado que los movimientos de los pies, rodillas, caderas y de la pared abdominal contribuyen á que la sangre afluya hacia la cavidad de la pelvis. Podrá objetarse que la equitación y la *bicicleta*, siendo perjudiciales á las mujeres con tendencias congestivas, pueden en cambio emplearse con resultado para combatir ciertas formas de amenorrea asténica. Concluiremos, pues, diciendo que ningún método podrá establecerse de un modo absoluto, y el médico prescribirá ó desaconsejará, según los individuos, los ejercicios susceptibles de fluxionar las vías genitales.

No negaremos tampoco que en una mujer ya formada, cuyas reglas son demasiado abundantes, la *bicicleta* llega á veces á moderar las pérdidas y favorecer el retorno gradual al estado fisiológico; pero aun entonces debe preocupar la congestión uterina y el dolor útero-ovárico. La opinión de P. Le Gendre nos parece muy razonable; la pubertad va acom-

pañada de trastornos ováricos y de dismenorreas poco compatibles con algunos ejercicios físicos. La *bicicleta,* añade dicho autor, cuyo uso moderado es excelente, previo un conveniente adiestramiento, puede producir ó despertar las inflamaciones articulares de las rodillas y caderas, la psoitis, las tiflitis, las ovarosalpingitis, la cifosis y las palpitaciones. De todo esto concluímos, como él, con la siguiente afirmación: Alentar el ejercicio, pero hacer la guerra al deporte.

A ejemplo de los antiguos autores, réstanos hablar del *baile:* excelente ejercicio en sí mismo, los vestidos demasiado apretados (Rostan), las horas que se roban al sueño y que se pasan en habitaciones ó departamentos demasiado calientes, lo convierten en una distracción poco higiénica.

5.° HIDROTERAPIA. — La hidroterapia, buen coadyuvante de la gimnasia, reclama idénticas restricciones; se recomendarán los baños de mar ó de río, las duchas, etc.; pero no de cualquier modo, sino vigilando además atentamente sus efectos sobre el útero y los ovarios.

En una reciente discusión sobre la clorosis, se ha dicho que si no el mar, á lo menos el baño de mar, casi siempre mal administrado, más bien perjudica que no resulta provechoso, lo que es verdaderamente cierto.

6.° ACTITUDES Ó POSICIONES VICIOSAS. — Todos los trabajos que tratan de la pubertad llaman la atención sobre la frecuencia de las *desviaciones de la columna vertebral,* que comienzan en esta época de la vida. Ya M.me de Maintenon las señala en sus consejos ó recomendaciones á las mujeres de Saint-Cyr: «Conviene exigir que las niñas se mantengan siempre bien derechas en la clase, al estudiar, escribir y leer; es éste un asunto muy importante y que ha de ser objeto de una atenta y continua vigilancia.» Distintos son los factores que entran en la producción de estas deformaciones; en primer lugar, las modificaciones del sistema óseo, después la fatiga desproporcionada á la resistencia de la economía, las actitudes viciosas, especialmente las malas posiciones que se adoptan en los trabajos ú ocupaciones escolares y que el hábito acaba por hacerlas continuas. Esta última etiología merece hoy más que nunca tenerse en cuenta, ya que la instrucción de las jóvenes las obliga á largos estudios. La actitud defectuosa más común es la que proviene de sentarse mal la niña y de cargar todo el peso del cuerpo sobre un solo isquion; para restablecer el equilibrio, se apoye ó no sobre el antebrazo, se ve obligada á levantar la espalda del mismo lado, merced á una corvadura de compensación de la columna vertebral. De lo expuesto se deduce que las desvia-

ciones más frecuentes son las escoliosis, y mucho más raras las cifosis y las lordosis. Sólo podemos hacer mención aquí de los accidentes que cuidadosamente han estudiado los médicos que se ocupan de higiene pedagógica. Para prevenirlos, ha de obligarse á la niña á que se siente bien, y se ponga bien derecha, sin inclinar el cuerpo hacia uno ú otro lado, apoyando los dos pies por igual en el suelo; será mejor que tenga delante un pupitre inclinado que una mesa. La gimnasia bien apropiada, y en caso necesario un *corsé ortopédico,* corregirán un vicio de conformación ya producido. Análoga vigilancia se observará para las funciones visuales: la *miopía escolar* no es la única afección de los ojos que puede contraer la joven en la pubertad. Puech refiere casos de *queratitis intersticiales, iritis, coroiditis hemorrágicas, neuritis óptica, desprendimiento de la retina.* Las exacerbaciones catameniales pueden determinar distintos trastornos oculares.

7.° INSTRUCCIÓN. EDUCACIÓN. — Fenelón encabezaba uno de los capítulos de su *Tratado de la educación de las niñas* con el siguiente título: No conviene apresurar á los niños. ¿Qué no diría actualmente?

Por mucho tiempo los niños han gozado del privilegio, en realidad poco envidiable, de sufrir exámenes al finalizar sus estudios; pero de algunos años á esta parte las jóvenes, celosas de quedar rezagadas, se ponen afanosas á estudiar programas bastante extensos, más bien con el fin de obtener un certificado ó un diploma que de proporcionarse una completa instrucción. Pase todavía en las jóvenes que por las necesidades de la vida se ven obligadas á imponerse este trabajo; pero cuántas no hay que se entregan á él por mera vanagloria, porque es costumbre ó se ha hecho de moda. Y es precisamente á los quince ó diez y seis años cuando afrontan esta fatiga intelectual, estas alternativas de inquietud y enojo, estas emociones, en fin, inevitables ante una prueba siempre temida. La joven soporta menos que el joven este estado de ánimo á la vez angustioso y de sobreexcitación, y fácil sería citar casos en que, en mujeres predispuestas, se ha presentado el histerismo, para ya no desaparecer, á consecuencia, por ejemplo, de fracasos inesperados; otras veces sobreviene la depresión neurasténica.

Contra esto siempre podrán alegarse notables excepciones y algunas mujeres fuertes, decididas, demuestran que no les causa el menor perjuicio una sobrecarga ó fatiga cerebral; pero en la gran mayoría de los casos, ¿podría la instrucción de una joven considerarse imperfecta porque se hiciera de una manera más sosegada y con menos complicación? Desde que J. Stuart Mill, en su libro *De la sujeción de la mujer*, ha reclamado

«una perfecta igualdad para ambos sexos sin privilegio ni poder para uno, ni incapacidad para el otro», la cuestión ha sido considerada y discutida desde varios puntos de vista bien distintos. Ciertamente no es aquí lugar á propósito para entrar en esta discusión; pero los estudios que absorben demasiado al individuo, el género de vida y las impresiones que de ello resultan, precisamente en la época de la pubertad, ¿no puede temerse que lleguen á perjudicar la salud general de la joven, el equilibrio de su sistema nervioso y que dificulten la regular aparición de sus menstruos? Las consecuencias merecen reflexionarse, puesto que en más ó en menos corto plazo alcanzan á las funciones de la maternidad. Economicemos los nervios; tal era la opinión unánime de los antiguos maestros que se preocupaban de la *instrucción* y *educación* de la mujer en este período ó momento crítico.

Y con qué complacencia dedican extensos capítulos á las delicadas precauciones con que conviene tratar á una inteligencia que despierta: se prohibirán las novelas, lecturas extravagantes, procurando no abandonar á sí misma una imaginación perezosa y vagabunda; se evitarán las emociones demasiado intensas de la sensibilidad, y se procurará que en materias de religión no se dejen llevar de la idea de creerse iluminadas ó inspiradas; por lo que toca á las bellas artes y á la poesía, podrán cultivarlas las jóvenes, pero con cierta discreción, etc. Por unanimidad ha sido casi prohibida ó desterrada la *música,* puesto que es causa de desvaríos y provoca sensaciones profundas que alteran el aparato genital.

La armonía á nuestro entender impresiona las naturalezas bien conformadas; pero los ejercicios musicales ordinarios, repetidos hasta la saciedad, apenas pueden hacer sentir á nadie. Lawson Tait, más prosaico, cree perjudicial que una mujer permanezca sentada varias horas sobre un taburete, sin apoyar el dorso, tocando el piano sin gusto ni afición, tarea ingrata é inútil si faltan las aptitudes necesarias para ello. Nos parece más apropiada la opinión de Virey, que recomienda el cultivo de las bellas artes, lo que si resulta perjudicial ha de atribuirse «más que á esa práctica al mal uso que se hace de la misma» (1).

(1) Una señora que desde hace mucho tiempo se ocupa en la instrucción de señoritas, se ha dignado comunicarnos lo siguiente: «Nunca he observado que resulte perjudicial la influencia de la música en la época de la vida á que os referís; todo lo más, en algunas jóvenes de impresionabilidad extremada en este período, podría producirles, según como se manifestara, una momentánea excitación ó tristeza. Pero me parece que la lectura y hasta las insignificantes circunstancias de la vida han de producir un efecto parecido, porque este efecto depende más bien de la persona que lo experimenta que de la causa misma. He conocido una joven afecta de una agudeza acústica tan exagerada que se le hacía intolerable cualquier ruido, principalmente el de la música; al principio se veía obligada á salir de la

Algunos conceptos de Lawson Tait á propósito de la educación nos parecen muy razonables y dignos de ser referidos: «Será quizá una mera coincidencia, dice, pero yo he observado esta afección (hiperemia ovárica), sobre todo en las jóvenes que no tienen hermanos ó que los tienen de menor edad; y estoy casi convencido de que es un gran perjuicio para muchas de ellas vivir retiradas, lejos de la sociedad de los demás jóvenes. Con la prudencia y vigilancia que son del caso, ningún mal se reportaría de que las relaciones fuesen más frecuentes entre las jóvenes y los muchachos en ese período crítico; y me parece una preocupación el oponerse á esas relaciones con la consiguiente separación de ambos sexos en este período en que precisamente han de comenzar á comprenderse unos y otros; esas relaciones inocentes evitarían además muchos peligros que pueden asaltarles más adelante con la frecuentación de sexos á que no estaban acostumbradas en una edad en que ya predomina el instinto.»

El *matrimonio*, considerado como un supremo recurso en los casos de pubertades tempestuosas (Astruc, Raciborski), ha ocasionado á veces una suspensión de los trastornos generales ó localizados en las vías genitales; pero no hay costumbre hoy día de casar las jóvenes tan pronto, y en todo caso el remedio nos parece bastante serio y de trascendencia para que pueda ser aconsejado á la ligera.

V

Terapéutica de los accidentes de la pubertad

1.° LEUCORREA.— De todos los accidentes genitales de la pubertad el más frecuente y más precoz es la *leucorrea:* las pérdidas blancas dependen del estado hiperémico y fluxionario que acompaña á la evolución de la matriz y provoca una hipersecreción de la mucosa, pero frecuentemente también son la manifestación de un estado general pobre, débil, siendo algunas veces bastante abundantes para constituir otra nueva causa de fatiga y sostener una inflamación local cuyas consecuencias son siempre nocivas

habitación donde se hacía el ruido, pero una vez pasada la época crítica perdió esta sensibilidad exaltada y perniciosa.

. . . . . .

»Un trabajo moderado ocasiona á menudo dolores de cabeza tan violentos que obligan á un reposo casi absoluto; la fatiga intelectual es sobre todo muy peligrosa á los diez y seis ó diez y siete años.»

. . . . . .

desde diferentes puntos de vista. El flujo leucorreico que de algunos días, semanas y hasta de meses precede á la aparición de las primeras reglas, determina una *irritación vulvar,* sobre todo en las linfáticas, escrofulosas, ó en las jóvenes robustas cuya piel y mucosas segregan en abundancia. Se aconsejan primeramente lociones de *agua hervida caliente* y el aislamiento ó protección de las superficies con el polvo de *talco.* Si no dan resultado los cuidados de limpieza minuciosos, conviene recurrir á los lavados con *cocimiento de hojas de rosas* ó de *hojas de nogal* (20 gramos por litro de agua) (1).

Los órganos genitales externos se espolvorearán abundantemente con una mezcla como la siguiente, á la vez absorbente y antiséptica:

Polvos de almidón		20 gramos
Subnitrato de bismuto.	aa. .	5 —
Salol.		

Mézclese.

Si en vez de una sencilla rubicundez existiera una hinchazón considerable con tendencia á las excoriaciones, después de haber recomendado los *semicupios calientes*, es necesario evitar el contacto de los labios tumefactos, separándolos por medio de una *gasa untada de vaselina* ó con el siguiente glicerolado, que evita los roces:

Glicerolado de almidón.	30 gramos
Resorcina.	3 —

M. s. a.

Estos medios no son siempre suficientes, las flores blancas cambian de carácter, toman un aspecto mucopurulento, y para modificar este estado, se prescribirán lociones calientes de *sublimado* al 2 por 1000, y si se desea obtener un efecto más astringente, se empleará una solución de *sulfato de zinc:*

Sulfato de zinc.	0 gr. 30 centigramos
Agua destilada.	200 gramos

Disuélvase;

ó también la siguiente solución:

Sulfato de cobre.	0 gr. 50 á 1 gramo
Agua destilada.	100 gramos

Disuélvase.

(1) También: Emulsión saponinada del Códex, una ó dos cucharadas de sopa por litro de agua.

Puede combinarse igualmente el sulfato de zinc con el sulfato de cobre en la forma siguiente (1):

Sulfato de zinc.	aa. de 1 gr. 50 á 2 gramos
Sulfato de cobre.	
Agua hervida.	1 litro
Esencia de Wintergreen.	de IV á V gotas

H. s. a. Solución.

En algunas leucorreicas, los lavados repetidos sobre el bidet con agua tibia, á la que se ha añadido de V á X gotas de *extracto de Saturno* y de XL á L gotas de *láudano*, nos han dado excelentes resultados.

Las pérdidas muy espesas y la inflamación de todas las partes genitales necesitan tratarse, á pesar de la natural oposición de las enfermas, por medio de las inyecciones vaginales; nosotros hemos logrado buenos resultados con el empleo del *cocimiento de hojas de eucaliptus* al que se ha añadido un poco de *ácido bórico*, y en caso necesario, se intenta la introducción de *pequeños supositorios* ó *lápices medicamentosos* preconizados por los distintos autores.

Pueden aconsejarse también con éxito las inyecciones con *agua hervida* y *calentada* á 38°, añadiendo por cada litro una cucharada de café de ácido *tánico* y XXX gotas de *láudano*. Las ulceraciones ligeras de *acné* excoriado y de *foliculitis vulvar*, se curan rápidamente tocándolas con un pincel empapado de una solución de *nitrato de plata* al 1 por 5 (2).

(1) Cuando se emplea esta solución lo mismo que las de *permanganato, nitrato de plata* y *sublimado*, que coagulan las mucosidades, importa hacer previamente una loción (ó una inyección) de agua hervida.

(2) En las jóvenes conviene pensar asimismo en la posibilidad de la *leucorrea blenorrágica* (que á veces se presenta en forma de epidemia), mucho más frecuente de lo que en otros tiempos se creía, puesto que Veillon y Hallé han comprobado la existencia del gonococo en 23 casos de 28 que observaron.

Marfan, que ha hecho un estudio completo de esta leucorrea, describe varios modos de verificarse el contagio.

1.° *Contagio familiar.* — De la madre al niño por el uso de los mismos objetos de limpieza, dormir en la misma cama, etc.

2.° *Contagio hospitalario.* — Por las esponjas, vasos comunes, retretes, termómetros, etc.

3.° *Contagio escolar.* —Asiento de los retretes.

4.° *Contagio venéreo.*—Consecutivo á la violación.

A nuestro entender, es una exageración pretender que todas las *leucorreas* infantiles son gonocócicas.

Por lo demás, el mismo Marfan admite una vulvitis saprofítica (por desidia, suciedad, etc.)—una vulvitis piodérmica, —eczematosa,— impetiginosa,—ectimatosa,—inflamaciones difusas, etc.

La mala higiene, la escrófula, el trabajo de la dentición, las fiebres eruptivas, los

2.° PRURITO VULVAR. — El *prurito vulvar*, tenaz, exasperado por el calor de la cama, no depende siempre de una abundante leucorrea, pues puede también presentarse con ocasión de un simple flujo seroso; en algunas enfermas persiste aun después de haber desaparecido los síntomas de vulvitis, en tales términos, que verdaderamente hay que atribuirlo á un estado nervioso.

Este accidente merece una atención especial, pues es frecuentemente la causa principal de los hábitos de masturbación á que se entregan las jóvenes, con mayor frenesí á medida que se despiertan sus sensaciones genésicas. Daignan (1) ha recibido las más singulares confidencias de mujeres que, aun casadas y de edad algo avanzada, no han podido librarse de ese vicio contraído en la *pubertad*. Advertidos los padres, deberán vigilar muy discretamente á sus hijas, puesto que muchas veces no se atreven al principio á confesar las molestias que les ocasionan estas incesantes comezones. Por desgracia este *prurito* se hace rebelde á muchos tratamientos; las aplicaciones de algodón hidrófilo empapado en *sublimado al 1 por 1000* caliente, y mantenido durante noches enteras, ó con *cloral* (hidrato de cloral 10 gramos, agua destilada, 1000 gramos); ó también con una solución de *hidrato de cloral* al 1 por 400, con 1 ó 2 por 100 de *tintura de áloes;* ó con *cocaína* al 1 por 10 ó al 1 por 20 se citan como los medios más eficaces. Hemos visto desaparecer un *prurito*, que databa de mucho tiempo, y que provenía de un absceso del grande labio, por medio de curas con *sublimado* continuadas sin interrupción durante unos quince días. Aconsejamos la siguiente pomada:

Vaselina.	30 gramos
Guayacol..	de 0 gr. 30 á 1 gramo
Mentol.	0 gr. 05
Óxido de zinc.	de 6 á 10 gramos

H. s. a. Pomada.

y también la *solución de Gowland:*

Bicloruro de mercurio	aa.	de 0 gr. 10 á 0 gr. 20
Clorhidrato de amoniaco.		
Emulsión de almendras amargas.		200 gramos

M. s. a.

cuerpos extraños, los traumatismos, etc., determinan evidentemente la producción de pérdidas blancas.

La *leucorrea* gonocócica se tratará, como aconseja Marfan, por medio del permanganato de potasa á 1 por 1000 en lavados y hasta en irrigaciones. En los casos rebeldes, se empleará el sublimado á 1 por 10,000, sin alcohol, bujías de yodoformo y de ictiol.

(1) DAIGNAN.—Cuadro de las variedades de la vida humana con las ventajas y perjuicios de cada constitución, é importantes consejos á los padres y madres para la salud de sus hijos de uno y otro sexo sobre todo en la edad de la *pubertad*.—París, 1786.

Dos lavados al día: en el intervalo se espolvoreará con *yodoformo* porfirizado y desodorado ó con *diyodoformo*.

El médico procurará previamente cerciorarse de que la excitación sexual no está sostenida por un ligero vicio de conformación, como la longitud del clítoris ó de las ninfas, lo cual exigiría una intervención distinta.

3.° ERUPCIONES. — Las distintas *erupciones* cuya aparición sobre los grandes labios, la cara interna de los muslos, el periné, es favorecida por una congestión que afecta toda la pelvis, implican las más diversas indicaciones, que varían según su irritabilidad ó torpidez; es difícil poder sentar sobre esto reglas generales.

En el período agudo, cuando predomina su estado de confluencia é inflamación, se tratarán con los *tópicos emolientes*. Más tarde, una vez han desaparecido los primeros síntomas, el *herpes* se lavará con *agua blanca* diluída, y se cubrirá con *alumbre* ó *tanino* mezclados con una mayor cantidad de polvo inerte. También podrá espolvorearse con el polvo siguiente:

Polvo de almidón.	60 gramos
Oxido de zinc.	15 —
Alcanfor pulverizado	2 —

Mézclese bien.

(A. ROBIN.)

Si hay *ulceraciones* rebeldes, se untarán dos veces al día con la siguiente pomada:

Azufre sublimado y lavado. .	aa..	5 gramos
Alcanfor.		
Glicerina pura.		c. s. para formar una pasta blanda

H. s. a.

(A. ROBIN).

El *herpes*, ordinariamente periódico, es de temer que se presente en cada período menstrual; así, pues, convendrá precaverse desde las primeras reglas y procurar que no aparezca; y para ello, siguiendo los consejos de Besnier, nos esforzaremos, en los intervalos de las recidivas y por la aplicación continuada de *astringentes*, en tonificar las mucosas y los tegumentos; los casos rebeldes á todo tratamiento enviados á las estaciones minerales sulfurosas, sobre todo al manantial principal de *Uriage*, vuelven casi siempre muy mejorados si no curados.

En los casos de *eczema leucorreico*, que no ofrece gravedad pero

puede extenderse mucho en las jóvenes predispuestas por la herencia, una vez ha desaparecido la agudez del principio, las pomadas á base de *vaselina* ó de *lanolina* y *óxido de zinc*, bastarán la mayoría de las veces; también podrán emplearse las hisopaciones con *bálsamo del comendador*, recientemente preconizadas por A. Robin. Lo que importa principalmente es evitar el contacto irritante de las *flores blancas* con la superficie cutánea.

4.ª **AMENORREA.** — El retardo en la aparición de la *pubertad* preocupa en gran manera á las familias, y sin embargo, son muchas las mujeres que no han llegado á ella hasta los diez y ocho, veinte y más años y llegan á ser madres conservando una salud perfecta. El médico no deberá obrar de ligero á pesar de las vivas instancias y súplicas de la familia para que instituya un tratamiento activo y recete algún preparado que haga aparecer los menstruos; los medicamentos reputados como *emenagogos* pueden resultar peligrosos, administrados de un modo sistemático, caso de no existir la menor señal de molimen catamenial. (Véase AMENORREA y EMENAGOGOS).

Cuando una joven llega más allá de la edad media de la *pubertad* sin haber tenido nunca las reglas, los padres alarmados vienen á consultarnos. ¿La joven tiene la apariencia de enferma? No. ¿Disfruta de buena salud? Completa. Hay que esperar entonces examinando el estado general, etc., etc. Pero llega un día en que los padres no quieren ni pueden esperar más. Se ha hablado de matrimonio y no hay medio de eludir una respuesta; acuden á su médico, cuya responsabilidad será desde entonces muy seria, puesto que su decisión va á ser escuchada y puede tener gran trascendencia. Procede entonces entrar en un minucioso examen de la joven.

A.— Que la *amenorrea* proviene de una enfermedad como la *tuberculosis*, la *caquexia palúdica*, el *mal de Bright crónico*, etc. No hay que instituir entonces ninguna medicación que se dirija á los órganos genitales, pues la afección primera domina el cuadro y la situación está bien clara y definida; se advertirá á la familia que no puede pensarse en el matrimonio de la joven mientras el estado de su salud continúe siendo tan precario.

B. — La *amenorrea* depende otras veces de un estado patológico menos grave, cuya curación es más posible pero no segura, tales como la *clorosis*, el *histerismo*, el *bocio exoftálmico*, etc.

En esos casos, podemos estar más confiados, si bien no puede afirmarse nada de un modo absoluto y procuraremos investigar con el mayor cuidado si por casualidad se descubre algún indicio de *molimen* que haya

pasado desapercibido. Puede acontecer, sin embargo, que no aparezcan nunca las reglas, ó por lo menos que la menstruación no se establezca de un modo completo y normal, y por otra parte, la experiencia nos enseña que en muchos casos el matrimonio determina una notable mejoría de los trastornos morbosos. La familia prevenida, sabrá que, á pesar de la rareza del caso, se corre el peligro de una falta persistente de todo trabajo ovular y que, por consiguiente, la fecundidad, á *menudo posible* (no hay que olvidarlo), puede, sin embargo, verse dificultada ó impedida por el hecho de la causa primera, cuyo tratamiento constituye la indicación terapéutica primordial.

C. — Supongamos una joven de constitución robusta, anchas caderas, mamas bien desarrolladas y que presenta toda la apariencia de una mujer bien constituída y sin embargo no está reglada, pero se queja de congestiones, llamaradas á la cara, cefalalgias continuadas ó mensuales, al mismo tiempo que siente pesadez en los lomos, abdomen y muslos; en una palabra, presenta todos los síntomas indicados en el capítulo de la *nosografía*. Los meses pasan, el trabajo comienza bien, pero es dificultosa la localización y producción en el útero de sus efectos habituales. Entonces es cuando sin ningún temor debe ensayarse el estimular el aparato genital.

1.° Si en una época fija se manifiesta una especie de *molimen* sin *hemorragia*, será éste el momento oportuno para la intervención.

2.° Si, por el contrario, los trastornos son continuos, se aplicará el tratamiento con intervalos regulares cada veintiocho á treinta días con el fin de determinar una derivación periódica.

Los medios que desde hace mucho tiempo son empleados, son de los más sencillos: mañana y tarde *pediluvios con harina de mostaza* de algunos minutos de duración; *sinapismos* en los riñones y en la parte superior de los muslos; por la noche, *grandes cataplasmas laudanizadas* en la región hipogástrica; durante el día, una *faja* ó *cinturón caliente* que abarque todo el vientre; *revulsivos, semicupios* y hasta *baños generales* (Raciborski afirma que un baño tibio nunca ha determinado pérdidas; teme más bien el enfriamiento consecutivo al baño). Finalmente, al cabo de tres ó cuatro días, se aplicarán *sanguijuelas* alrededor de la vulva; en un caso en que el estado general preocupaba mucho y se complicó con *convulsiones* (?) (indudablemente *histéricas*), algunas sanguijuelas aplicadas en el periné y en los muslos determinaron una rápida cesación de dichas convulsiones; actualmente nadie emplea la *sangría*, que en otros tiempos, sin embargo, dió algunos resultados. Las *bebidas calientes aromáticas*, los *excitantes difusivos, acetato de amoníaco, azafrán* coadyuvan también, aunque débilmente, á la instalación de los menstruos. Si es necesario, se

administrarán discretamente *emenagogos*. En los casos de *reglas desviadas* ó *hemorragias* provenientes de otros órganos, habremos de observar mucho más rigor en dicho tratamiento. Es raro que la *fluxión* en la matriz no se obtenga con estos distintos procederes, sobre todo si se combinan con los principios de higiene anteriormente expuestos.

D.—La joven ha pasado la edad media de la *pubertad*, y sin embargo conserva las apariencias del infantilismo; continúa flaca, el pecho aplanado y las caderas sin desarrollarse. Todo este conjunto de síntomas nos induce á creer que no ha sobrevenido ningún movimiento ni modificación por parte del útero y de los ovarios, haciéndonos sospechar alguna *anomalía* ó *falta de desarrollo*. Otras veces cierta evolución ha cambiado todo su organismo, y sin embargo la *amenorrea* todavía persiste, los ovarios duermen, ¿la potencia genital se despertará algún día?

En estos casos, el examen de la enferma nos demuestra la existencia de un *defecto de los órganos genitales, imperforación de la vagina, ausencia del útero, de un ovario*, más raramente de los *dos ovarios*, tan difícil de diagnosticar.

Una *simple suspensión del desarrollo* hace abrigar alguna esperanza. El *útero* que continúe siendo *infantil* ó *pubescente*, con los *ovarios* en estado parecido, puede tarde ó temprano avanzar ó terminar su evolución, y el médico procurará estimular esta torpeza y lentitud. Hemos podido seguir observando una enferma, mujer fuerte y robusta de veintiséis años, que por tres veces, separadas por largos intervalos, tuvo un flujo menstrual, á pesar de tener la matriz muy reducida de volumen. Estos esfuerzos naturales del organismo nos impulsan á intervenir con algunas probabilidades de éxito. Así, como se expone más adelante en el capítulo de la *amenorrea*, se podrá recurrir á la medicación emenagoga, que se prescribirá cada veintiocho ó treinta días con el fin de determinar una especie de *molimen* artificial. El *cornezuelo de centeno* á pequeñas dosis (0,10 centigramos dos veces al día) sólo ó asociado con el *algodonero;* la *opoterapia ovárica* sobre todo es muy propia é indicada en tales circunstancias; los *tallos* ó *pesarios* intrauterinos han sido sucesivamente preconizados para despertar el aparato genital, lográndose con ellos algunos resultados. Su empleo se combinará con la electricidad, la hidroterapia y sobre todo la gimnasia sueca, con los movimientos razonados y los distintos procedimientos que hemos enumerado entre los cuidados higiénicos. Hertoghe, que con otros autores considera el infantilismo y el insuficiente desarrollo del aparato sexual como una forma atenuada del mixedema ó de hipotireoidia benigna, ha visto terminar la evolución de los órganos genitales por medio de la *opoterapia tireoidea*. Aconseja dicho

autor el tratamiento tireoideo contra las *epistaxis de la pubertad y la retroflexión de las vírgenes* que son de origen distireoideo.

5.° **HEMORRAGIAS.**—Si la *amenorrea* en sí misma no es peligrosa, en cambio las *hemorragias* genitales de la *pubertad* constituyen serios accidentes, tanto por su significación patogénica como por sus consecuencias siempre temibles. La *hiperemia ovárica* de la pubertad (Lawson Tait) parece preocupar menos, sin duda por desconocerse su importancia: preludio de *apoplejías ováricas* de repetición, primera fase de la *ovaritis menstrual* que con el tiempo se convierte en *ovaritis crónica* y en *esclerosa*, puede también ser causa de esterilidad. Los dos síntomas primordiales de esta *congestión* son el *dolor* y la *menorragia*. Las pérdidas sanguíneas son muy abundantes y este considerable flujo acaba por determinar un estado de *anemia;* el dolor, que es muy vivo, se manifiesta al comenzar el *molimen menstrual* y generalmente se calma una vez que el flujo está bien establecido. Ante todo conviene imponer á la enferma la *permanencia en cama* durante el período menstrual. Lawson Tait administra cápsulas de *ergotina* durante las pérdidas y los *bromuros* en el intervalo, y teme mucho el empleo de los preparados *marciales*. Este temor es puramente teórico; Trousseau al mismo tiempo que la *ergotina* prescribía el *hierro*, que no consideraba como un emenagogo, antes al contrario como un hemostático, y á nosotros nos ha producido los mejores resultados la siguiente fórmula de Gallard:

Ergotina	aa.	10 gramos
Subcarbonato de hierro.		
Sulfato de quinina		2 —
Polvos de hojas de digital.		1 —

M. y d. s. a. en cien píldoras. Tómense cinco al día.

Acostumbramos á variar esta fórmula substituyendo los 10 gramos de subcarbonato de hierro por 5 gramos de *glicerofosfato de hierro* con un gramo de *glicerofosfato de manganeso,* ó bien suprimiendo los compuestos ferruginosos:

Ergotina.	0 gr. 10
Sulfato de quinina.	0 gr. 02
Polvos de hojas de digital	0 gr. 01
Polvos de coca.	c. s.

Para una píldora.—Tómese una por la mañana, dos al mediodía y dos por la tarde antes de las comidas.

En vista de los resultados obtenidos ensayando la *hierba cana* preferimos recomendar el:

Extracto fluido de senecio vulgaris: LX gotas en 45 gramos de agua azucarada para tomar en tres veces con el intervalo de una hora.

Se emplea también el *hydrastis canadensis*, el *hamamelis*, sin olvidar la *solución gelatinada* cuando estos medios no logran detener la pérdida sanguínea.

Si durante el período intercalar persistiera el dolor, espontáneo ó provocado por la palpación abdominal y el tacto, con un carácter de agudez bien definida, y sobre todo si se presentan *metrorragias* fuera del período menstrual, es muy de temer que á la *hiperemia ovárica* haya sucedido la *ovaritis menstrual*, que en los casos extremos se complica con una verdadera *apoplejía ovárica*. La vida genital de la joven queda comprometida, pues la ovaritis menstrual tiende á reproducirse, si no cada mes á lo menos muy frecuentemente durante muchos años.

Un buen número de estas *hemorragias* de la *pubertad*, que sostienen un estado algo acentuado de *anemia*, entran en el cuadro de la *clorosis menorrágica* de Trousseau, tan desmembrada actualmente. Creemos, no obstante, que no conviene olvidar del todo la descripción de Trousseau. Las cloróticas, frecuentemente nerviosas y perteneciendo á familias neuropáticas por sus antecedentes hereditarios ó personales, están sujetas á *hemorragias uterinas*, que sobrevienen por el influjo de trastornos vasculonerviosos del aparato genital (Gaulieur l'Hardy), y las cualidades patológicas de la sangre contribuyen á hacerlas abundantes y duraderas en términos de ser en extremo alarmantes. Esta forma es la verdadera *clorosis menorrágica*, relativamente rara.

Pero además, en la *clorosis*, los vicios de evolución de los órganos sexuales, estudiados y conocidos desde mucho tiempo, desempeñan también un gran papel en la etiología de alguna otra variedad de pérdidas.

Unas veces se trata de una *hiperplasia sexual* (Virchow) *con hipertrofia é hiperactividad ovárica;* esa clase abarca sin duda muchas de las *hiperemias ováricas* de Lawson Tait y repetidas veces nos hemos preguntado si esta *hiperactividad ovárica* se limita en algunos casos á una hiperfunción de la secreción interna, ó á una hipersecreción interna, opuesta á la hipofunción, á la que se tiende á atribuir ciertas *clorosis amenorreicas* (Spillmann y Etienne, etc.) Por el contrario, otras veces se trata de una *hipoplasia sexual*, cuya consecuencia frecuentemente es la *estenosis* del cuello del útero. La estrechez del orificio y del conducto cervical (Pozzi), impidiendo la libre evacuación del moco, por infección ascendente se convierte en una de las causas más frecuentes de la *metritis* de las vírgenes,

metritis fácilmente hemorrágica y verdadero origen de una nueva variedad de pérdidas.

No olvidemos tampoco que la *hiperplasia* ó la *hipoplasia* se observan independientemente de la clorosis, y que las hemorragias provocadas por estas anomalías debilitan con el tiempo á la joven y la vuelven anémica. Una anemia secundaria produce entonces la ilusión de una clorosis primitiva y se comprende que en este sentido han podido cometerse muchos errores.

Como se comprende, esta etiología algo compleja reclama medios terapéuticos bastante distintos. Mientras la simple medicación hemostática combinada con el tratamiento del estado general basta para combatir los trastornos vasculonerviosos, así como también en los casos de hiperactividad ovárica, resulta en cambio impotente cuando se trata de una estenosis del cuello con metritis consecutiva. Para detener los accidentes, á veces sólo es necesario practicar la *dilatación progresiva del cuello;* en el caso que resulte ineficaz, se hace indispensable una operación más radical, viéndonos obligados á practicar el *raspado* (Pozzi). Frœlich ha señalado casos de *menorragias* con *hipertrofia del cuello*, *vegetaciones polipiformes* y *metritis fungosa* en que ha debido intervenir por medio del *raspado* y la *ablación* del cuello del útero.

Hay que mencionar también las *desviaciones uterinas* entre las causas que producen hemorragias genitales de la pubertad, y entre ellas la *anteflexión* congénita ó adquirida. — «La anteflexión puede adquirirse en la época de la pubertad, dice Pozzi, si la higiene es defectuosa; cuando el útero crece y se reblandece, las fatigas excesivas de la equitación, la masturbación y todas las causas de la metritis virginal, pueden considerarse susceptibles de determinar á la vez la inflamación y desviación uterina.» Los *fibromas* son más raros.

Castan y Quénu han descrito las *metrorragias de la pubertad* de origen *discrásico*, dependientes «de un estado general, una autointoxicación creadas por una herencia morbosa (tuberculosis, artritismo), una higiene defectuosa, una enfermedad constitucional ó una desviación de los cambios intersticiales; el útero y los anexos permanecen sanos.» El motivo de estas pérdidas ha de buscarse en un trastorno de la función secretoria ó en una lesión clínicamente insignificante del ovario (Quénu).

El flujo unas veces es muy escaso y otras toma tales proporciones que puede ocasionar la muerte; comienza con la primera época menstrual ó en la segunda ó tercera y continúa sin interrupción, ó se suspende por cortos intervalos para reproducirse á la menor ocasión. El examen de los demás órganos descubre á menudo un estado dispéptico con dilatación del estó-

mago y constipación habitual. Nosotros creemos que generalmente estas enfermas son *falsas uterinas* de origen gastrointestinal.

En efecto, las influencias que hemos estudiado en las falsas uterinas se dejan sentir igualmente (y quizá más todavía) en la época de la *pubertad* que en el resto de la *vida genital*. No hay por qué ocuparnos de nuevo de esta materia, ya extensamente desarrollada, y bastará recordar la acción que ejercen la *constipación* crónica, la *estrechez mitral*, la *hemofilia*, el *neuroartritismo*, etc., sobre las primeras reglas. Estas distintas causas actúan con mayor intensidad en el momento de la *pubertad* por cuanto la evolución del aparato genital fácilmente va acompañada de un estado congestivo de los órganos genitales; la más pequeña causa basta entonces para provocar á veces un acceso congestivo y una pérdida. Añadiremos, no obstante, que hemos observado en las púberes *menorragias sin dolor* á las que no nos ha sido posible señalar una causa plausible uterina ó extrauterina; siendo en general temporarias y desapareciendo á medida que va avanzando la edad de la joven, creemos que en estos casos el simple trabajo evolutivo de la matriz, que pasa de la edad infantil al pubescente y después al adulto, basta para producir una hiperemia más ó menos pronunciada, que se manifiesta por leucorrea durante el período intermenstrual y por un derrame sanguíneo muy abundante en la época de las reglas.

Una vez ha terminado el cambio anatómico de la víscera uterina, todo vuelve á la normalidad, cesando la profusión de las reglas.

6.° METRITIS. — Hemos descrito una *metritis de las vírgenes* consecutiva á la estenosis del cuello, que se origina por un mecanismo de infección ascendente, análogo al que da lugar á la angiocolitis, cuando, por ejemplo, las vías biliares están obstruídas por un cálculo.

Pero la estrechez del conducto cervical no puede seguramente considerarse como la única causa productora de toda metritis virginal. «Yo la he observado, dice Bennet, que fué el primero que la describió, varias veces, en su forma más pronunciada, en jóvenes de diez y seis á diez y siete años, cuya menstruación todavía no estaba del todo establecida.»

Es indudable que la *vulvovaginitis* puede complicarse en la joven con metritis, y también, como lo hemos podido observar, con *flegmasía periuterina*, en defecto de hipoplasia de la matriz. La estenosis del cuello favorece extraordinariamente las infecciones ascendentes, pero su existencia no es necesaria para que las causas generales de la metritis determinen la inflamación de la mucosa uterina. Esta metritis virginal, que es muy dolorosa y produce una *leucorrea* muy espesa y *menorragias*,

conserva mucho tiempo un carácter agudo y el cuello uterino acaba por ulcerarse. También el *tratamiento antiflogístico* es, por lo menos al principio, el más apropiado y frecuentemente recomendado. La enferma tomará un semicupio por la mañana y por la tarde de:

Hojas de belladona.	aa. .	30 gramos
— de hierba mora.		
— de beleño.		
Cabezas de adormidera		N.º 2

(Para un semicupio).

Con el agua del baño se practicarán inyecciones.

Además, se prescribirán una ó varias *irrigaciones* calientes y abundantes, *antisépticos, cataplasmas* y *enemas laudanizados,* y en los casos verdaderamente serios, se practicarán *emisiones sanguíneas locales.*

Una vez se hayan mejorado los fenómenos agudos, se instituirá el tratamiento ordinario. Importa siempre vigilar estas afecciones uterinas de las vírgenes, hasta en sus formas más atenuadas, indiferentes y más insignificantes, pues además de sus propios inconvenientes, pueden con frecuencia ser causa de accidentes en los anexos, accidentes graves ya en sí mismos y también por el obstáculo ó imposibilidad que oponen á la fecundación.

7.º **DISMENORREA.** — Tan molesta á veces, y más frecuente que las hemorragias, es la *dismenorrea* que se presenta con ocasión de las primeras reglas, y que desgraciadamente en ciertas jóvenes adquiere un grado tal de agudeza que apenas puede tolerarse. El *dolor* muy vivo en el curso de la hiperemia ovárica, y sobre todo de la ovaritis menstrual, se acompaña en algunos casos, afortunadamente muy raros, de un cortejo sintomático que puede hacernos creer en los comienzos de una peritonitis: el vientre se abulta, las extremidades se enfrían, el pulso se pone pequeño, la cara se estira, los vómitos se repiten, mientras los cólicos llegan ya al paroxismo. Es la *dismenorrea paroxística* de la pubertad, análoga sin duda al *hematocele catamenial* de Trousseau, forma que se discute hoy día considerada como inundación peritoneal.

Otra causa de dismenorrea se halla en los vicios de conformación genitales, *atresia de la vagina, imperforación del himen*, etc., que oponen obstáculo á la salida de la sangre, y de lo que nos apercibimos generalmente por primera vez en la época de la pubertad. La *metritis* y *las desviaciones uterinas* contribuyen por su parte á hacer más ó menos sensible la aparición de las reglas, sin que la edad de la enferma suponga indica-

ciones terapéuticas especiales; los detalles necesarios se encontrarán en los capítulos que tratan de los medios destinados á calmar los dolores menstruales y á prevenir las consecuencias de la falta ó vicios de desarrollo. Añadiremos, sin embargo, que, para atenuar las crisis de *dismenorrea congestiva,* basta llevar las ropas de mucho abrigo.

Estos distintos tratamientos de los accidentes genitales de la pubertad resultarían ineficaces, si, aparte del trastorno local, no se intentara conseguir un efecto de mucha más trascendencia. En la génesis de numerosas complicaciones intervienen la *clorosis, anemia, escrofulismo, tisis, artritismo, herpetismo, histerismo, enfermedades del corazón,* etc., cada una de las cuales reclama una terápeutica especial.

Conviene también aconsejar la residencia en una estación de aguas minerales, que variará según los individuos: *Luxeuil, Plombières, Evaux, Néris, La Malou, Saint-Honoré, Royat, La Bourboule,* etc.

Los cuidados más minuciosos pueden fracasar si se descuida el estado general.

CAPITULO II

TRATAMIENTO DE LA AMENORREA Y DE LA DISMENORREA

I

División de la materia

La *amenorrea* está caracterizada por la supresión accidental ó falta de la menstruación, á lo que Gallard añade, por un simple retardo de las reglas; así comprendida la definición, tiene su razón de ser desde varios puntos de vista clínicos; pero como puede inducirnos á error por una falsa interpretación, no la creemos aceptable. Con frecuencia alterna en una misma enferma con la *dismenorrea:* menstruación difícil y dolorosa. Estos dos síndromes, que ordinariamente se suceden uno á otro, reconocen una etiología de las más complejas, en la que se encuentra cierto número de causas comunes, razón por la cual reclaman los mismos cuidados y nos es permitido exponer su terapéutica en un mismo capítulo.

Pero es menester deslindar bien la amenorrea *verdadera* de algunas formas de dismenorrea.

La *amenorrea verdadera* está caracterizada no sólo por la falta de flujo sanguíneo por la vulva y las partes inferiores de las vías genitales, sino principalmente por la ausensia total de hemorragia en la superficie de la mucosa uterina de la cavidad del útero. En una palabra, para que exista amenorrea, no ha de salir nunca sangre de los vasos de la mucosa uterina, mientras que, en la dismenorrea dependiente de una atresia del himen ó de la vagina, por ejemplo, el flujo catamenial se produce, pero no puede fluir al exterior.

La *amenorrea del embarazo* y de la *lactancia* no forman parte del grupo que estudiamos; la de la *menopausia* se tratará más adelante y

todo lo que ya hemos dicho en el capítulo de la *pubertad*, nos dispensará de entrar en detalles acerca de la *amenorrea y la dismenorrea de las jóvenes*.

II

Consideraciones generales

En todo tiempo ha preocupado grandemente á los médicos la ausencia ó falta de las reglas en las mujeres que han alcanzado la edad nubil, y las erróneas teorías sobre la patogenia y las consecuencias de esta «retención» les llevaron á instituir tratamientos inútiles ó perjudiciales. Las nuevas opiniones y estudios acerca la fisiología de los ovarios y de la menstruación, hacían inevitable una reacción, que se produjo por cierto rebasando los justos límites, pues haciendo tabla rasa con el pasado, echó sobre las *medicaciones* y *medicamentos emenagogos* un descrédito demasiado exclusivista y verdaderamente injusto.

Cierto que muchas de las opiniones sustentadas por los antiguos sobre este punto son absolutamente falsas: «En algunas mujeres, dice Ambrosio Paré, la sangre menstrual no fluye, y no pudiendo salir, vuelve á la masa sanguínea, que se altera y corrompe, por no evacuarse... y de ahí provienen los *colores pálidos*.» También con el fin de combatir eficazmente la *clorosis* se creyó hasta finalizado el siglo XVIII y aun en los comienzos del XIX que era necesario provocar la erupción de las reglas demasiado tardías ó reanudar su curso interrumpido. Entre los medios señalados para este objeto se hallan algunos verdaderamente extraños y originales; Paracelso preconiza el *bazo de buey*. La paternidad de ese medicamento, dice despreciativamente Astruc, que niega su eficacia, lo hace poco recomendable; este autor, sin embargo, da *la sangre* de *cabra montés* á la dosis de un escrúpulo hasta media dracma; la *sangre* de *macho cabrío doméstico*, por ser menos activa, á la dosis de una dracma. Aconseja formalmente «los errinos ó estornutatorios, que por los estornudos que provocan alteran ó trastornan la matriz», y si la enferma ha sufrido alguna emoción violenta que ha detenido el flujo hemorrágico, «se le hará oler ó aspirar *humo de plumas*, de *cabellos*, de *cuero*, de *cascos de caballo* ó de *tiras de hilo azul*.» Al lado de estas indicaciones y recomendaciones, que causan alguna estrañeza, no deja de sorprender también el encontrar preceptos muy sagaces y prudentes. En el método que sigue Astruc para la curación de las reglas suprimidas ó disminuídas, se amalgaman por modo original prácticas atre-

vidas y procedimientos acertados y prudentes; es indudablemente el primero que ha involucrado en un mismo tratamiento dos casos de muy diversa índole, á saber: el de que la sangre cesa de fluir de repente y por un accidente sobrevenido en medio de un flujo normal y bien establecido, y aquel en que la amenorrea se manifiesta en el curso de una enfermedad que impide el retorno de las reglas.

III

Amenorrea accidental

Medicaciones y medicamentos emenagogos

Antes de instituir cualquiera medicación que tienda á provocar la aparición de las reglas, el médico habrá de estar siempre en la creencia de que puede muy bien tratarse de un *embarazo*, y prescindir de toda clase de consideraciones de otro género; máxima es ésta que ha sido unánimamente y con justicia reconocida por todos los autores. Muchas mujeres hay que son verdaderamente sinceras cuando se figuran tener poderosos y excelentes motivos para no creerse embarazadas y los exponen con toda ingenuidad; pero se encuentran algunas, mucho más difíciles de reconocer y persuadir, que no desconocen su estado y sólo buscan en la intervención facultativa «un medio de abortar menos comprometedor» (Gallard).

Sea cual fuere la posición ó clase social de la enferma y cualesquiera que sean también las apariencias (se citan casos realmente inconcebibles), hay que cerciorarse discretamente de la verdad de sus afirmaciones y mantenerse en reserva á la menor duda que se presente.

Asimismo, en las proximidades de la *menopausia*, puede ser á veces muy difícil, pero necesario para la terapéutica que ha de prescribirse, el examinar si la suspensión de las reglas es patológica ó si depende del período crítico que va á comenzar.

1.° AMENORREA ACCIDENTAL. —*Suspensión de las reglas durante su flujo ó en el momento de su aparición.*—Esta variedad de amenorrea es, á nuestro entender, una de las más importantes, pues es con seguridad de las que reclaman con más frecuencia la intervención facultativa.

Merced á diversas influencias, sea bajo la impresión del frío, ó de vivas emociones morales, un traumatismo ú otras causas que no hay para qué

mencionar, las reglas, que ya habían comenzado á manifestarse ó que iban á establecerse, cesan ó se detienen bruscamente, sin que vuelvan á aparecer en los tres ó cuatro meses siguientes, ó ya de un modo definitivo como de ello se citan casos. Ora se declara ya desde el principio una metritis aguda, una congestión pelviana ó una flegmasía periuterina; ora sobrevienen accidentes nerviosos: histerismo, epilepsia, delirio, manía; ya son acceses congestivos que afectan á otros órganos: cerebro, pulmón, hígado (congestión hepática, ictericia menstrual), etc., y hasta uno de nosotros ha visto presentarse un acceso de taquicardia; á todos esos accidentes hay que atribuir gran número de reglas suplementarias ó desviadas. Pero aun cuando no se manifieste ninguna complicación en las épocas consecutivas correspondientes al molimen que no acaba, la mujer experimenta penosas molestias, cólicos, sufrimientos abdominales, reclamando algunos cuidados para su alivio.

Dedúcese de lo expuesto la conveniencia de que desde el primer momento se procure restablecer el flujo catamenial por medio de una **medicación emenagoga.**

2.° **MEDICACIÓN EMENAGOGA.**—Desígnanse con el nombre de *emenegogos* ó *medicación emenagoga*, dicen Littré y Robin, todos los medios terapéuticos que provocan las reglas.

Esta medicación, que tiene por objeto provocar el flujo sanguíneo bruscamente suspendido, reclama en su empleo un método bastante preciso.

A.—Se prescribirá durante los tres ó cuatro días siguientes á la supresión de los menstruos, después durante una semana, ó poco menos, en las fechas probables en que normalmente tendrían que presentarse la menstruación ó menstruaciones sucesivas que falten.

B.—En los intervalos se suspenderá toda medicación emenagoga, la cual, siendo entonces impotente para provocar la ovulación, es de temer que pueda ser peligrosa. La mujer habrá de guardar reposo á fin de evitar las fluxiones ó flegmasías genitales, siempre temibles.

Supongamos una amenorrea que sobreviene á consecuencia de un enfriamiento, la inmersión en el agua á baja temperatura por ejemplo. Acto seguido á la manifestación del accidente, se calentará á la enferma y se le darán estimulantes difusibles: *acetato amónico* (de 4 á 10 gramos), una infusión de *plantas aromáticas* que contenga un poco de alcohol. Después, al igual que cuando la amenorrea reconoce otra causa, se prescribirán los *semicupios*, *pediluvios* alternando con *cataplasmas* sobre el bajo vientre, *sinapismos* en los muslos, *irrigaciones* con agua muy

caliente, ó *fumigaciones* en las partes sexuales practicadas con el siguiente cocimiento:

Ajenjo.	aa	20 gramos
Artemisa cortada.		
Agua hirviendo.		1000 —

Cuando amenazan accidentes congestivos, están principalmente indicadas las *sanguijuelas* en el periné, vulva y también en el cuello uterino (1). Nosotros preferimos las sanguijuelas aplicadas en el cuello á las escarificaciones del órgano. Trousseau, por temor á la aparición de un trombus ó de una inflamación de los grandes labios, aplicaba las sanguijuelas sobre el cóndilo interno de cada fémur.

De los *purgantes* que se recomiendan para coadyuvar á la acción de esos diversos medios, el *áloes* parece ser el más eficaz. Los síntomas dolorosos se calmarán por medio de *enemas laudanizados*, *baños narcóticos*, preparados de *opio* ó de *morfina*, etc.; los fenómenos nerviosos, con los antiespasmódicos, *valerianato de amoníaco*, *bromuro de alcanfor*, etc.

Finalmente, ¿hasta qué punto podremos utilizar los **medicamentos emenagogos?**

3.° **MEDICAMENTOS EMENAGOGOS.** — Estos medicamentos han sido completamente abandonados. Según Dujardin-Beaumetz *(Dict. Encycl.)* «se comprende fácilmente que no puedan existir medicamentos sino tan sólo medicaciones emenagogas;..... la mayoría de los terapeutas niegan á la ruda, á la sabina, al azafrán y al asa fétida, acción alguna directa en este sentido.» Trousseau y Pidoux los colocan entre los excitantes, creyendo que pueden provocar las reglas del mismo modo que los estimulantes generales; otros ginecólogos muy competentes se limitan á prescribir el apiol «porque al menos tiene la ventaja de no perjudicar». Beau llega hasta aconsejar la ruda y la sabina como antimetrorrágicos, y las asocia con este objeto al cornezuelo de centeno.

¿Será preciso, pues, suprimirlos de la terapéutica ó este rigorismo no pecará tal vez de exagerado y algo injusto? Parece extraño, y difícil se hace de creer, que puedan tenerse por inútiles ó perjudiciales remedios cuyas propiedades, admitidas desde los tiempos más antiguos, preconizadas por los hipocráticos y los árabes, y conocidas de los chinos,

(1) Conviene vigilar mucho las sanguijuelas que se aplican en el cuello. Las escarificaciones, á que puede recurrirse en substitución de las sanguijuelas, no sacan nunca tanta sangre.

son todavía aceptadas y admitidas en nuestros días por clínicos que basan sus observaciones en datos á su parecer incontestables.

Los experimentos realizados en animales, de tanta trascendencia é importancia en la terapéutica, nos sirven aquí para bien poca cosa, pues son muchas las dificultades con que se tropiezan, entre las que predomina la ausencia del flujo periódico en las hembras. Gracias, no obstante, á laboriosos ensayos practicados en animales hembras, se ha llegado á averiguar que, después de la ingestión de la *ruda*, la temperatura de la vagina aumenta y la autopsia pone de manifiesto los órganos genitales internos congestionados (Hamelin); además, algunas conejas abortaron sin presentar inflamación gastrointestinal capaz de propagarse (como se ha dicho algunas veces) al útero ó de repercutir sobre este órgano. La *sabina*, demasiado calumniada, dice Siredey, ha producido también en los experimentos realizados la congestión de las trompas y de los ovarios. Trousseau, Pidoux y Gluber están de acuerdo en atribuir á la *ruda* la fluxión activa del útero y la estimulación de sus fibras, y á la *sabina*, un eretismo vascular de la matriz que excede muchas veces del fin que se persigue, y es causa de metrorragias. No hay para que insistir sobre las propiedades abortivas de esas plantas, pero bueno es hacer constar los peligros que entraña su absorción á dosis demasiado elevadas: irritación del tubo digestivo, vómitos, diarreas sanguinolentas, depresión que llega hasta el colapso, y en algunos casos fenómenos nerviosos convulsivos que han contribuído asimismo á desalentar á los médicos.

Tenemos, pues, que, al igual que el *cornezuelo de centeno*, emenagogo también bastante poderoso, la *ruda* parece influir principalmente sobre la contractilidad muscular del aparato útero-ovárico, mientras que la *sabina* fluxiona más bien el aparato circulatorio. La acción del *azafrán* es discutible, y por lo que toca al *apiol*, parece que ejerce su acción sobre los nervios vasomotores (1); el *gossypium herbaceum* se asemeja al cornezuelo de centeno, y además es perfectamente tolerado por el estómago y el intestino. La *opoterapia ovárica*, que aumenta cada día en importancia, se expone más adelante en un capítulo especial.

Dar cualquiera de esos preparados al azar á una mujer que no tiene las reglas es exponerse ciertamente á un desengaño, y cambiando los términos empleados por Dujardin-Beaumetz, podríamos decir que esos medi-

(1) No es posible hacer mención de todos los remedios empleados, la *tintura de yodo* á la dosis de XV á XX gotas en un vaso de agua azucarada (Trousseau), etc. Astruc da una lista de 19 raíces, 17 hojas, 6 flores, 11 semillas, 2 bayas, 3 aromas, 3 cortezas, 7 gomas ó resinas, 3 preparados de origen animal, 3 minerales, 19 compuestos galénicos y 14 químicos.

camentos son mucho más eficaces en cuanto forman parte de una medicación emenagoga.

1.° Ante todo, nos abstendremos de prescribirlos siempre que exista inflamación de la matriz ó de sus anexos; el resultado sería verdaderamente contraproducente, como se comprende, dado sus efectos sobre las fibras lisas y los vasos.

2.° En los períodos que corresponden á la época probable de la menstruación, se prescribirán uno ó dos días antes, combinando su acción con la de los distintos medios que hemos indicado anteriormente: semicupios, pediluvios, sanguijuelas, etc. Se aconseja también una ligera excitación de las elementos erectiles útero-ováricos y de todo el aparato tubo-ovárico (Hamelin), con el fin de despertar á un aparato genital inerte ó adormecido; bastan para ello pequeñas dosis, pues si fueran más elevadas podrían rebasar los límites del fin que se persigue y provocar contracciones que se oponen á la emisión sanguínea y exageran por tanto la amenorrea. Por tal motivo Beau consideraba estas preparaciones como antihemorrágicas. La siguiente fórmula de Courty es recomendable:

Polvo de ruda.	aa.	0 gr. 05
Polvo de sabina..		
Polvo de cornezuelo de centeno. .		
Aloes.		0 gr. 02 ó 0 gr. 05

H. s. a. una píldora. Tómense tres al día.

Courty llega á prescribir hasta nueve píldoras, que producen cólicos y un poco de diarrea. Estas píldoras y las preparaciones análogas están indicadas principalmente contra la ovulación perezosa y contra la falta ó insuficiencia de fluxión.

De las dos fórmulas siguientes la primera es la más activa.

1.°	Polvo de ruda.	1 gramo
	Extracto alcohólico de ruda.	1 —

H. s. a. 10 píldoras. Tómense dos al día.

2.°	Polvo de sabina.	aa.	2 gr. 50
	Polvo de azafrán.		
	Extracto de ajenjo.		
	Jarabe simple.		c. s.

H. s. a. 25 píldoras. Se tomarán de dos á cuatro al día.

El *apiol* en cápsulas de 0gr,25 (dos al día) produce buenos resultados y no ofrece ningún peligro. Raciborski ha ensayado la *nuez vómica* y los preparados de *estricnina*, que actualmente vuelven á emplearse. En los

casos de brusca y accidental supresión de las reglas, convendrá á la enferma tomar mañana y tarde una taza de tisana de *hojas de artemisa* ó de *ajenjo* (hojas, de 4 á 10 gramos por litro de agua), edulcorada con una cucharada de las de sopa de *jarabe de azafrán;* en caso necesario se podrá añadir cada vez de dos á cuatro gotas de *aceite esencial de ruda*, y para darle mejor sabor una ó dos gotas de *esencia de menta*. El antiguo *elixir de propiedad* de Paracelso, tan encomiado en otros tiempos, contiene las mismas substancias que las píldoras de Rufus:

Tintura de mirra.	400 gramos
— de azafrán	300 —
— de áloes.	300 —

Mezclese y filtrese. Para tomar de 10 á 20 gramos.

Por su mal gusto repugna el tomarlo. El *elixir de Garus*, de composición bastante análoga, le substituye con ventaja y se da solo ó en una tisana de *milenrama*.

4.° **MÉTODO DE BRANDT.** —Entre los medios empleados para provocar la aparición de las reglas, hemos de citar ahora el método de Brandt. Muy en boga en el extranjero, es menos conocido ó vulgarizado en Francia, y aunque no tengamos una gran experiencia del mismo, los excelentes resultados de que dan cuenta numerosos autores nos obligan á consagrarle algunas líneas.

M.me Peltier en su tesis (pág. 87) expone lo que se refiere á la amenorrea del siguiente modo: «Brandt ha observado que los movimientos que provocan un aflujo de sangre hacia los miembros inferiores (excepto los movimientos de los pies, de las rodillas y de la articulación coxofemoral, extensión de las piernas y la aproximación de las rodillas), aumentan la tensión sanguínea en los órganos de la pelvis; lo mismo ocurre con los movimientos en que toman parte los músculos de la pared abdominal.

Brandt clasifica los movimientos congestionantes, según su acción, en dos grandes grupos.

El grupo cuya acción es menos intensa comprende los movimientos siguientes:

1.° Posición de pie ó sentada, con las piernas separadas, y brazos á los lados; llevar los brazos hacia adelante.

2.° El *golpeteo* de los miembros superiores é inferiores y el *sobado* de los mismos.

3.° Posición semiacostada, abducción y adducción de las rodillas teniendo elevada la pelvis.

4.° Posición semiacostada dorsal, flexión de las rodillas con resistencia, extensión pasiva con vibración.

5.° Posición vertical con las piernas separadas, *golpeteo* de la región lumbar y del sacro.

6.° Posición vertical, con las manos apoyadas, *golpeteo* del dorso.

7.° Posición semiacostada, rotación de la cadera.

8.° Posición sentada á horcajadas, circunducción del tronco.

9.° Posición sentada con el cuerpo inclinado hacia adelante, y los muslos fijos, rotación á derecha y á izquierda de las caderas.

10. Posición de rodillas teniéndolas separadas y apoyando el cuerpo, torsión pasiva del tronco.

11. Posición sentada con las piernas separadas, elevación pasiva del tórax.

12. Posición vertical, con las manos apoyadas, extensión del tórax.

El grupo de los movimientos más activos, comprende:

1.° Posición vertical, con las piernas separadas, el cuerpo apoyado, rotación del tronco.

2.° Posición vertical con un pie apoyado y levantado hacia atrás, brazos levantados, flexión y extensión de las rodillas con resistencia sobre las manos.

3.° Posición vuelta hacia atrás, apoyándose con las manos levantadas, circunducción pasiva de la cadera.

4.° Posición vertical con las piernas separadas, *golpeteo* de la región lumbar y sacra.

5.° Posición vertical, con las manos apoyadas, *golpeteo* del dorso.

6.° Posición sentada á horcajadas, circunducción del cuerpo.

7.° Posición de rodillas teniéndolas separadas y con el cuerpo apoyado, torsión pasiva del tronco.

8.° Posición semiacostada, estiramiento de la rodilla.

9.° Posición semiacostada, presión de la rodilla hacia abajo.

Este tratamiento, inútil é ineficaz contra la amenorrea producida por una enfermedad caquectizante, puede ensayarse siempre que se crea conveniente provocar la fluxión genital y la erupción de los menstruos; en el caso de existir una enfermedad de los anexos en estado crónico, podrá combinarse con el masaje (Peltier).

5.° ELECTRICIDAD. — La electricidad ha sido preconizada por muchos autores, pero su empleo supone ciertas reservas y precauciones que no vamos á exponer, pues fuera necesario un capítulo especial para tratar de la electricidad en ginecología.

IV

Indicaciones terapéuticas según las distintas variedades de amenorrea

El tratamiento de la amenorrea, tal como hasta ahora lo hemos considerado, corresponde á los casos que necesitan una intervención activa por medio de una medicación y de los medicamentos emenagogos. Estará indicado en todos los casos en que la suspensión de las reglas sea causa de accidentes patológicos para la mujer en el momento de la supresión menstrual ó en los siguientes períodos que abortan: *molimen catamenial* cuyo trabajo no determina el flujo sanguíneo, pero amenaza provocar complicaciones locales ó lejanas; *dolores agudos* á nivel de la pelvis é irradiados; *persistencia* durante varios meses de este estado, que acaba por alterar la salud y determina trastornos nerviosos y generales. La integridad ó alteración de las vías genitales suponen distintas indicaciones de las que ya anteriormente nos hemos ocupado, sobre las que convendrá insistir de nuevo al tratar de la amenorrea en las afecciones uterinas y periuterinas.

1.° **ENFERMEDADES EXTRAGENITALES.** — Esta segunda clase de amenorrea, de naturaleza bien opuesta á la de los casos precedentes, implica un tratamiento del todo distinto. La falta de las reglas tiene un carácter realmente secundario, no siendo más que un síntoma sin grandes consecuencias, y es la causa principalmente la que ha de combatir la terapéutica.

En el curso ó durante la convalecencia de las *enfermedades agudas*, nadie se preocupa de combatir la suspensión momentánea de la menstruación, tentativa que por otra parte no daría ningún resultado. Mas los médicos actualmente han de luchar todavía con la preocupación ó error de los antiguos de creer que la retención de sangre era la causa de muchas *enfermedades crónicas*. Las *cloroanémicas*, las *neurópatas* y las *tuberculosas* reclaman ante todo la reaparición de sus reglas, cuando lo que conviene instituir exclusivamente es el tratamiento de la *clorosis*, *histerismo*, *tisis*, *sífilis*, *mal de Bright*, *diabetes*, enfermedad de *Basedow*, *saturnismo*, *paludismo*, etc. La *clorótica* es la única que merece ser atendida hoy día en que el origen genital de una variedad de clorosis, si no de la misma clorosis, está en tela de juicio, y con este objeto exponemos más adelante la opoterapia ovárica.

La expulsión de los *vermes intestinales* basta por sí sola para acabar con una amenorrea «simpática», y algunas veces es suficiente también afirmar la vacuidad del útero para que desaparezca bruscamente un *falso embarazo*. Puede acontecer, sin embargo, en opinión de Auvard, que un *embarazo nervioso*, que haga abrigar á la enferma esperanzas ó temores quiméricos, influya de tal modo sobre su salud general y estado físico, que se imponga una medicación emenagoga.

¿No hay que guardar también ciertas reservas respecto de la *polisarcia?* Sin afirmar de un modo absoluto, como lo hacen algunos autores, «que la cesación del flujo menstrual ha sido frecuentemente la causa ocasional de la obesidad (Demange)», es necesario reconocer que muchas veces la obesidad va precedida, por un tiempo más ó menos largo, de un estado amenorreico, y que existe entre ellos la relación de causa á efecto ó se trata de manifestaciones paralelas de una misma influencia etiológica. La división en polisárcicas anémicas y polisárcicas pletóricas es generalmente admitida; en las anémicas nos contentaremos con prescribir el tratamiento general; pero en las pletóricas, podemos intervenir de un modo más activo. Uno de nosotros ha podido examinar durante varios años á una joven obesa, pletórica que al suspendérsele la menstruación durante tres y cuatro meses seguidos, sufre de bronquitis, disnea asmática, palpitaciones y diversas molestias; miserias y sufrimientos que desaparecen ó se atenúan grandemente el día en que vuelven á establecerse las reglas normalmente durante varios períodos, para comenzar otra vez á la nueva suspensión del flujo sanguíneo. En el caso de esta mujer, creemos indicado continuar la medicación emenagoga.

2.° ENFERMEDADES DEL ÚTERO Y DE SUS ANEXOS. — Las *flegmasías uterinas* y *periuterinas* no reclaman por lo general una terapéutica especial para combatir la amenorrea por ellas provocada, calificada en otros tiempos de *amenorrea congestiva*. Si se cree necesario favorecer el flujo menstrual para disminuir la turgencia de los órganos ó el dolor, habrá de proscribirse toda preparación susceptible de irritar ó de excitar las fibras musculares y la vascularización de los órganos genitales; nos limitaremos en este caso á prescribir los *antiflogísticos*, los *emolientes*, las *emisiones sanguíneas*, etc., y las pomadas á base de *cocaína* ó de *belladona* cuando se sospechan fenómenos espasmódicos.

Muchas afecciones crónicas de la matriz, tales como *pólipos*, *vegetaciones*, *fluxiones*, *desgarros* y *heridas cicatrizadas*, *cauterizaciones*, en una palabra, todas las causas que pueden determinar la estrechez del conducto, provocan con mucha más frecuencia la dismenorrea que la ame-

norrea, la que no obstante puede presentarse, aunque sea de una manera transitoria; el único tratamiento á instituir entonces es el que, atacando la lesión primera, consiga la desaparición del obstáculo mecánico.

Otro tanto puede decirse de la amenorrea y la dismenorrea que acompañan á las *atresias* y *estenosis congénitas, vulvares, del himen, vaginales, uterinas,* y cuya existencia no se advierte por lo común hasta la época de la pubertad. Se hace indispensable la intervención operatoria, y los distintos procedimientos para obtener el desbridamiento ó la dilatación, se hallan descritos en el capítulo referente á los vicios de conformación de las vías genitales.

En los casos de *suspensión del desarrollo* de los ovarios y del útero sucede á veces que la menstruación deja de presentarse. Si merced al examen directo de la vagina ó del recto, se adquiere la certeza de que existen los ovarios y la matriz, algunos éxitos referidos por varios autores inducen á estimular estos órganos con el fin de terminar su incompleta evolución. Si se trata de un útero pubescente, por ejemplo, convendrá, siguiendo lo anteriormente indicado, ensayar los emenagogos á pequeñas dosis. De Sinety prescribe al *cornezuelo de centeno* sólo á la dosis de $0^{gr},15$ ó $0^{gr},20$, dos veces al día, durante dos ó tres semanas consecutivas; se suspende luego su empleo por un tiempo igual, para tomarlo de nuevo.

El *gossypium herbaceum* (1) puede también prescribirse, asociado principalmente al cornezuelo:

Cornezuelo de centeno.	0 gr. 10
Extracto de gossypium herbaceum..	0 gr. 03 á 0 gr. 05

H. s. a. Una píldora. Tómense dos al día.

En estos últimos años se han obtenido muy buenos resultados con las preparaciones de *ovarina;* medio es éste que no debemos hoy día descuidar.

La *electricidad*, empleada sola ó junto con la medicación interna, ha dado también satisfactorios resultados. Finalmente, la introducción de *tallos* ó *pesarios intrauterinos* ha sido recomendada para excitar la mucosa y provocar por consiguente la hiperemia ovárica.

Por lo que toca al *matrimonio,* basta á veces su influencia para apresurar el término de la evolución de los órganos genitales, cuyo desarrollo se había suspendido; mas, antes de aconsejarlo, conviene advertir á la familia que, á pesar de todo cuanto se intente, la joven puede continuar estéril.

(1) Para el gossypium, véase el artículo *Metrorragias*.

V

Tratamiento de la dismenorrea

1.° DISMENORREA EN EL CURSO DE LAS AFECCIONES ÚTERO-OVÁRICAS. — La terapéutica que acabamos de exponer de la amenorrea, abrevia mucho lo que nos falta decir tocante á la *dismenorrea*. La misma etiología preside á menudo ambas afecciones.

Una *flegmasía uterina* ó *periuterina* puede suspender las reglas ó dificultar cuando menos el flujo sanguíneo. En los dos casos el dolor puede ser también muy intenso: la amenorrea y la dismenorrea de origen congestivo, inflamatorio, reclaman el mismo tratamiento, combinado con el de la afección primera. Cuando los sufrimientos dependen de un obstáculo mecánico al flujo sanguíneo, *atresia, estenosis congénitas* ó *accidentales, flexiones, desviaciones, pólipos* y *vegetaciones* de toda clase, es también contra la causa que se ha de dirigir la terapéutica que se prescriba. En el caso de sospecharse que algunas *bridas* fijan el ovario ó la trompa en una posición viciosa, dificultando su turgescencia, el *masaje* practicado durante los períodos intercalares libera los órganos y disminuye la agudeza de los síntomas. Al ocuparnos más adelante de la terapéutica de las enfermedades útero-ováricas describimos al mismo tiempo las complicaciones dismenorreicas de cada una de ellas y las indicaciones que de las mismas resultan.

Pero no podemos limitarnos á considerar solamente la dismenorrea en las mujeres que tienen los *órganos genitales enfermos* ó *mal conformados*.

2.° DISMENORREA FUNCIONAL. — En la época de las reglas, muchas mujeres se quejan de vivos sufrimientos, sin que sea posible atribuirlos con certeza á una alteración anatómica del aparato genital. Estas enfermas conservan *los órganos genitales sanos* ó á lo menos *sin lesión clínicamente apreciable*, lo que es igual desde el punto de vista del tratamiento.

Podemos dividirlas en dos grandes grupos perfectamente deslindados.

A. — Flujo normal ó aumentado

En este grupo, las enfermas experimentan dolores de una intensidad variable con motivo de un flujo menstrual normal ó de abundancia exagerada.

B. — Flujo disminuído

a) En este segundo grupo, las enfermas sufren en el momento de sus reglas, que son poco abundantes, y cuya aparición irregular ó retardada alterna con fases ó períodos de amenorrea.

Un flujo sanguíneo pálido y escaso basta para despertar en esa clase de enfermas, que con facilidad se hacen amenorreicas (cloróticas, nerviosas, debilitadas, etc.), una gran sensibilidad en la pequeña pelvis.

b) Un reducido número de estas enfermas tienen crisis de dismenorrea muy penosas, debidas á una menstruación que no puede establecerse naturalmente, pero que sólo le falta encontrar su salida. El molimen provoca accesos congestivos en distintos órganos, reglas desviadas ó suplementarias, y en este solo caso será muy conveniente combinar las medicaciones emenagogas y sedantes para conseguir una derivación de la sangre hacia la pelvis.

3.° CONSIDERACIONES PATOGÉNICAS. — Esos estados tan diferentes reclaman, como es natural, tratamientos diversos y especiales. Sin embargo, para mayor claridad de la exposición, será conveniente dar algunas nociones, aunque muy breves, sobre la patogenia y la semiología de la dismenorrea en general respecto de las mujeres que tienen los órganos genitales sanos.

Esta *dismenorrea* no es sólo *ovárica*, como han pretendido algunos autores, sino también *uterina* y hasta *tubárica:* la trompa dificulta el paso de la sangre y los pequeños coágulos que al pasar originan los cólicos.

Raras son las mujeres en que se presentan las reglas de improviso, sin que nada denote su aproximación y aparición, pues las más de las veces el molimen catamenial va acompañado de trastornos generales y locales, de fenómenos llamados «simpáticos,» cuya duración es de uno á ocho días. En ese cortejo sintomático casi nunca faltan los *dolores abdominales*, si bien su intensidad varía extraordinariamente según las mujeres de que se trate, y en una misma persona según las épocas; la *pesadez*

en la *pelvis* y la *sensibilidad* de la región *lumbar* se unen al *estorbo* y malestar indefinible en la *cintura* y el *estómago,* á cuyos síntomas se añaden los *cólicos* que se manifiestan en cada lado del bajo vientre y en el centro, los que se suceden con frecuencia, se precipitan, y aparece luego la sangre. Los sufrimientos unas veces se amortiguan con la erupción del flujo hemorrágico, otras veces se manifiestan simplemente en sus comienzos, ó bien duran tanto como él, persistiendo en ciertos casos algún tiempo después de su terminación.

Muchas enfermas á quienes hemos interrogado sobre el particular, nos han manifestado que los primeros síntomas premonitorios se presentan hacia los lomos.

Mas la agudeza de esos fenómenos cambia extraordinariamente según los sujetos. Ciertas mujeres, á pesar de algunos cólicos, no interrumpen sus ocupaciones; en otras, por el contrario, los accidentes revisten caracteres casi alarmantes: el abdomen se abulta, la facies se descompone y á la menor palpación del bajo vientre sobrevienen crisis; los vómitos acaban de dar al cuadro sintomático un aspecto de peritonismo.

Los cólicos se exacerban hasta llegar al paroxismo, irradiándose entonces hacia los riñones y muslos, y dejan á la desgraciada enferma completamente molida al iniciarse el derrame sanguíneo.

Entre esos dos grados y situaciones extremas, puede señalarse toda una serie de casos intermedios.

Para explicarnos esos dolores genitales, algunas veces resultan inútiles nuestras pesquisas, pues no se halla ninguna causa á que puedan justamente atribuirse; pero de ordinario, y afortunadamente para las indicaciones terapéuticas, llegamos á descubrir alguna que es capaz de exagerar ó de entretener los sufrimientos menstruales.

De estas causas, las principales son las siguientes:

El enfriamiento, — sobre todo cuando ha producido retardo ó supresión de las reglas, y éstas aparecen al mes siguiente.

Pero, aparte de los casos en que la dismenorrea sucede á la amenorrea accidental, la impresión del frío es bastante á veces para hacer dolorosa en ciertas mujeres la aparición de las reglas.

La clorosis; — ¿se trata entonces de un trabajo ovular defectuoso ó hay que atribuir á la predisposición de las cloróticas todas las neuralgias?

El histerismo, — y en general todas las *neuropatías* que no hay necesidad de señalar aquí,—exceptuando el *bocio exoftálmico,* que merece especial mención.

El paludismo;—el *sulfato de quinina* ha curado á dismenorreicas palúdicas.

La gota, — con sus accesos fluxionarios y sus crisis genitales dolorosas que se conocen con el nombre de «jaquecas uterinas.»

Los trastornos gastrointestinales; — todos los estados dispépticos, la enteroptosis, sobre todo cuando va acompañada del riñón dislocado. Nunca se insistirá demasiado sobre el importante papel que en la producción de la dismenorrea desempeñan las *ptosis abdominales* y en primer lugar la *nefroptosis.*

Merece también lugar aparte la *constipación* crónica, que repercute de muy diversos modos sobre los órganos genitales, manteniendo la leucorrea, las metrorragias, y durante los menstruos los fenómenos dolorosos. Estos accidentes se acentúan todavía más cuando la constipación se complica con *enteritis glerosa.*

Las cardiopatías, — particularmente la estrechez mitral de la pubertad.

Por regla general, las enfermedades de los órganos distintos del aparato genital repercuten sobre el mismo y provocan las manifestaciones útero-ováricas más diversas, entre las cuales hallamos frecuentemente la dismenorrea.

Lo dicho anteriormente sobre las *falsas uterinas* nos dispensa de entrar en repeticiones, pero no de sacar una conclusión. Cuando una mujer que conserve la matriz y los anexos sanos tiene las reglas dolorosas, debemos examinar con el mayor cuidado toda la economía, antes de diagnosticar una dismenorrea *esencial* (?), pues es muy posible que sea consecuencia de una afección extrauterina.

En el período de la *pubertad*, hemos indicado ya que la *hiperemia ovárica* podía muy bien ser causa de sufrimientos periódicos. La *dismenorrea paroxística* de la pubertad, que corresponde quizás á los casos que Trousseau designa con el nombre, ciertamente equivocado, de *hematocele catamenial,* llega á veces á simular los comienzos de una *peritonitis.*

En cuanto á la *dismenorrea intermenstrual*, se produce regularmente doce ó quince días después de la menstruación normal, en el intervalo de dos épocas, variando mucho su intensidad según las personas, y se acompaña de un flujo blanco con estrías de sangre ó sanguinolento.

La menstruación intermediaria, que depende de un molimen imperfecto, ó la sintomática de lesiones tubo-ováricas, difiere algo del cuadro ó conjunto de casos que nos hemos propuesto examinar.

Y con esto terminamos los preliminares de patogenia y de semiología que de intento hemos abreviado, y que nos servirán para sentar las bases de una terapéutica lo más racional y acertada posible.

4.° **INDICACIONES DEL TRATAMIENTO.**—De lo dicho se desprende que, en nuestras dismenorreicas, la terapéutica ha de dirigirse contra la causa y el efecto — el estado general y local — las enfermedades ajenas al aparato genital y el dolor. Combatir el dolor en el momento de las crisis resulta insuficiente, pues reaparecerá en la próxima época menstrual; nuestros cuidados han de continuarse por tanto en el período intercalar y prevenir el retorno de los paroxismos.

El médico formulará sus prescripciones teniendo en cuenta el *nervosismo*, la *clorosis*, la *gota*, el *paludismo*, las *dispepsias*, etc.; y habrá de luchar contra la *constipación crónica*, ordenando hasta la víspera de las reglas que se tomen purgantes ligeros, simples laxantes, que lejos de ofrecer ninguna clase de inconvenientes resultan en estos casos ventajosos. Se suprimirán, no obstante, en este período en las enfermas que, aunque habitualmente constipadas, sufren un cambio repentino, verdadera diarrea suplementaria, uno ó dos días antes de la aparición de las reglas.

Recordaremos aquí nuestra división etiológica, que nos servirá para instituir el tratamiento.

A. —Dismenorrea que se manifiesta con un flujo de abundancia normal ó exagerada

En esta clase van comprendidas la mayor parte de las antiguas *dismenorreas congestivas*.

En general, si los fenómenos se presentan con una agudez alarmante, será bueno que la enferma guarde cama durante las reglas y hasta algún día antes de su aparición, cuya fecha puede preverse.

Nosotros consideramos muy esencial el *reposo en la cama*, á lo menos durante los primeros días, y de un modo especial en todos los casos en que se demuestre la existencia de la enteritis glerosa ó de un riñón flotante.

Después puede recurrirse á los distintos medios terapéuticos, algunos de los cuales son un tanto indiferentes. Así es como muchas madres alivian á sus hijas con aplicaciones calientes, tales como: *toallas calientes, cataplasmas* y *enemas laudanizados, embrocaciones calmantes* en el bajo vientre y los riñones (*aceite de manzanilla alcanforado*, etc.), recursos estos que no son de despreciar. Las pomadas á base de *belladona* ó de *beleño* y por la noche un *supositorio belladonado*.

Extracto de belladona.	0 gr. 03
Manteca de cacao.	4 gramos

H. s. a. un supositorio.

producen beneficiosos resultados. Cuando se conoce bien á la enferma, y no es de temer una perturbación del flujo hemorrágico, se añadirán los *semicupios narcóticos* ó las *inyecciones emolientes opiadas*.

Las aplicaciones de *hielo* las consideramos algo temibles.

Mas, si con todos estos medios no obtenemos ningún resultado, no queda otro recurso que intervenir de un modo más enérgico.

En los casos en que la sangre fluye con gran abundancia, obrando sobre la fluxión genital se ha intentado conseguir la disminución de los dolores. En este sentido, como ya hemos dicho, Lawson-Tait prescribía la *ergotina* en los casos de hiperemia ovárica, y nosotros administramos las siguientes píldoras:

Ergotina.	0 gr. 10
Sulfato de quinina.	0 gr. 02
Polvos de hojas de digital.	0 gr. 01
Polvos de coca..	c. s.

H. s. a. una píldora. Tómense cuatro ó cinco al día.

Pero no siempre es necesario recurrir al cornezuelo, pues varios son los medicamentos de que disponemos y que sucesivamente podemos ensayar con el mismo objeto:

El *hidrastis canadensis*, que se emplea en forma de extracto flúido hasta LX gotas por día, á la dosis de X á XX gotas.

Muchos autores lo combinan con el *viburnum prunifolium* en fórmula muy común:

Extracto flúido de viburnum prunifolium. Tintura de hidrastis canadensis.. . . .	aa. 10 gramos

H. s. a. Mixtura. Se toman X gotas cada dos horas en agua azucarada, de ocho á diez veces al día.

Huchard recomienda:

Tintura de piscidia erythrina.. . . . . Tintura de viburnum prunifolium.. . .	aa. 10 gramos

H. s. a. Mixtura. Tómense XX gotas de cuatro á cinco veces al día.

El *hamamelis virginica* y el *cannabis indica* han sido empleados con éxito variable. Finalmente, uno de nosotros ha ensayado el *senecio vulgaris*.

Desde hace mucho tiempo, en América y sobre todo en Inglaterra, la hierba cana se cree que posee propiedades emenagogas y sedantes, y las mujeres del campo, cuando aquejan trastornos menstruales, toman gene-

ralmente infusiones de esta planta; los médicos emplean el *Senecio Jacobæa* (más común en estos países) en extracto flúido, de XX á LX gotas en las veinticuatro horas. Con Heim, profesor agregado de Historia natural en la Facultad de París, hemos ensayado el *extracto flúido de senecio vulgaris*. Las raíces ó parte subterránea de la hierba cana vulgar nos ha proporcionado mejores, más seguros y más rápidos resultados que las partes que salen á la superficie, aéreas, si bien éstas no dejan de tener cierta eficacia.

La dosis media del extracto flúido de *senecio vulgaris* (partes subterráneas y aéreas mezcladas) es de *sesenta gotas*, que se echan en *cuarenta y cinco gramos* de agua azucarada; la mezcla se toma en tres veces, á cucharadas grandes de sopa y con intervalos de una hora. Consideramos de mucha importancia el no espaciar más las dosis durante el día y hacemos hincapié sobre la conveniencia de darse una cucharada de las de sopa que contenga XX gotas de extracto flúido en tres horas *consecutivas*, por ejemplo á las siete, ocho y nueve de la mañana. También conviene á veces administrar la dosis en dos veces. La hierba cana, prescrita de este modo á los enfermos, calma los dolores que preceden, acompañan ó siguen á las reglas, sobre todo en las mujeres cuyos *órganos genitales* permanecen *sanos;* cuando la dismenorrea depende de una afección uterina ó periuterina, el efecto del medicamento con relación á los sufrimientos menstruales es menos intenso, negativo contra las crisis que no dependen de la erupción catamenial y hasta puede resultar peligroso si se trata de una flegmasía. A la dosis ya bastante elevada de LX gotas, el extracto flúido de *senecio vulgaris* es más bien muy ligeramente hemostático; nos parece también completamente indicado en la *hiperemia ovárica* y en las dismenorreas con flujo sanguíneo abundante. Bardet y Bolognesi (1) han podido observar que la hierba cana determina la aparición de los menstruos y la prescriben para combatir la amenorrea, pero á dosis mucho más pequeñas que las nuestras; estos fenómenos, aparentemente contradictorios, se han observado ya con el cornezuelo, la sabina, la ruda, etc. En terapéutica, los resultados varían en grado extraordinario y hasta parecen á veces del todo opuestos, según la cantidad y la manera de absorberse el principio activo; el volumen y las cualidades del excipiente no dejan de tener también su importancia, y no es tampoco indiferente el echar unas gotas de un extracto flúido en 250 gramos ó en 45 gramos de agua azucarada.

Pero no vaya á creerse de ningún modo que consideramos al *senecio vulgaris* como un remedio infalible; no existe propiamente un remedio infalible. A partir de nuestras dos comunicaciones, la experiencia ha

(1) Bardet y Bolognesi. — *Bulletin de la Société de Thérapeutique.* Junio y Noviembre de 1896.

venido á confirmarnos su eficacia en gran número de casos, pero sería verdaderamente pueril formarse la ilusión de que no han de ocurrir también algunos fracasos.

Ese medicamento obra, al parecer, sobre los vasos y contra el dolor. El *senecio aureus* es aconsejado por Gundrum «como hemostático en los casos de hemorragias capilares,» y otras hierbas canas han sido empleadas contra las hemoptisis. El *senecio vulgaris*, recomendado ya por Valmont de Bonnard y Lieutaud para disminuir la *fluxión hemorroidaria*, nos ha parecido resultar en este sentido beneficioso para algunos enfermos. «Calma, dice Lieutaud (edición de 1777), los dolores que causan las hemorroides y es útil en los casos de inflamación de los testículos (1)». Por último, recientes ensayos pueden inducirnos á probarlo también contra algunos sufrimientos *gastrálgicos*, á ejemplo, por otra parte, de lo que se hace en Inglaterra.

B. — Dismenorrea que se presenta con motivo de un flujo disminuído y poco abundante

Esta dismenorrea, como se ha indicado anteriormente, alterna de ordinario con la amenorrea, y se presenta en las enfermas cuyo estado general está debilitado por la clorosis, el nervosismo, etc. Su tratamiento ha de combinarse con el de esta variedad de amenorrea, y sabido es que raras veces está indicado en estos casos provocar el aumento de las reglas (2). Aquí más que nunca conviene ser prudente y discreto en el empleo de la medicación emenagoga, á cuya medicación, sin embargo, recurriremos sin vacilaciones si los dolores menstruales aparecen en el momento de las reglas, las que, fluyendo mal y escasamente por las vías genitales, provocan fluxiones en varios otros órganos (reglas suplementarias ó desviadas), y con mucho más motivo cuando estos accidentes sobrevienen en una mujer robusta y resistente, ya que no son patrimonio exclusivo de las mujeres débiles y anémicas. Que sea ó no robusta la mujer, resulta siempre beneficiada del aflujo de sangre hacia la pelvis, y si por su delicada salud inspira algunos temores la acción demasiado enérgica de ciertos medicamentos tales como la sabina, la ruda ú otros emenagogos, se comenzará por los medios más indiferentes ó anodinos, sinapismos en el bajo vientre, apiol, etc., que ya se expusieron anteriormente.

(1) El Dr. Dumas, médico de la armada, nos ha referido que lo prescribió en una ocasión contra los dolores de una orquitis; se aliviaron éstos rápidamente, sin duda por mera coincidencia.

(2) Véase *Amenorrea*.

No hay que olvidar tampoco el aliviar los dolores, pues á veces son muy vivos, á pesar de la poca abundancia del flujo sanguíneo.

En Inglaterra está muy en boga el uso del *permanganato de potasa* á la dosis de 0gr,10 á 0gr,20 en las veinticuatro horas. No hay inconveniente en ensayar, pero sin insistir en el caso de no dar ningún resultado, la administración del *senecio;* pero están más indicados el *cannabis* y el *viburnum*. Sabemos también que la *antipirina*, la *fenacetina*, el *cloral*, el *bromuro de potasio*, el *valerianato de amoníaco* y la *hiosciamina* pueden prestarnos grandes servicios, lo que no se consigue tanto con el *salicilato de sosa*. En último caso y agotados todos los medios, podremos dar una inyección de *morfina*, que siempre resulta un medio seguro y eficaz contra estos dolores.

En el intervalo de las reglas procuraremos por todos los medios posibles favorecer su fácil aparicion ó establecimiento. Recordaremos solamente lo que ya hemos expuesto acerca del método de Brandt, la gimnasia razonada, la bicicleta, la equitación, el baile.

La *hidroterapia caliente* es un precioso coadyuvante.

Fliess (de Berlín) cree que desde el punto de vista fisiológico, existe una relación bien clara y manifiesta entre el proceso catamenial y distintas partes de la pituitaria, tales como el cornete inferior y una parte del tabique. Las embrocaciones y pincelamientos de estas regiones con una solución de *clorhidrato de morfina* ó de *cocaína* hacen desaparecer los dolores menstruales que no dependen de una causa mecánica. Esta idea no es tan singular como á primera vista parece; el tejido eréctil de los cornetes se hincha en el momento de las reglas, y en la menopausia puede verse cómo esta congestión nasal es capaz de determinar accesos de pseudoasma. Obrando, pues, sobre la pituitaria, se obtiene ciertamente la ventaja de calmar á lo menos las complicaciones muy molestas de la erupción catamenial.

Contra las *crisis de dismenorrea tubárica* se han aconsejado, al mismo tiempo que las *irrigaciones calientes*, los *supositorios vaginales* á base de *ictiol*.

Ictiol.	0 gr. 25
Manteca de cacao.	2 gramos

H. s. a. Un supositorio.

1.° **DOLORES EXTRAGENITALES DE ORIGEN MENSTRUAL.** — Los dolores que sobrevienen con motivo de los fenómenos de la menstruación, no se dejan sentir exclusivamente en los órganos sexuales. La dismenorrea fácilmente se acompaña de otros sufrimientos que se manifiestan en otras

regiones distintas de la esfera genital; más todavía, estos sufrimientos, localizados en órganos ó regiones distantes, adquieren á veces una agudeza muy penosa, al mismo tiempo que la aparición de la sangre provoca sensaciones muy tolerables en la matriz y los anexos.

Estos múltiples dolores, de origen todos ellos menstrual, han de ser también objeto del tratamiento, pues su probable repetición y tenacidad contribuyen á hacer más triste ó sombría la vida de la enferma.

a. NEURALGIAS. — Entre estos accidentes, las *neuralgias* son muy temibles, puesto que en las mujeres nerviosas predispuestas, tan propensas, por otra parte, á la dismenorrea, se despiertan primeramente sólo con las reglas, pero á la larga persisten durante el período intercalar, sufriendo cada mes una nueva exacerbación. Las *grandes neuralgias pelvianas* pueden contarse en el número de las más temibles complicaciones que pueden presentar las verdaderas ó falsas uterinas; mas sin llegar á esos casos extremos, la *neuralgia ilio-lumbar* (puntos lumbares, ilíaco, inguinal, abdominal ó suprapúbico, grande labio, ovario), ocasiona á veces una molestia mucho mayor que cuando es provocada y sostenida por la fluxión del ovario, neuralgia que á su vez reacciona sobre esta fluxión. Por su fijeza y resistencia ó tenacidad á la terapéutica llega á agotar los recursos del médico y la resignación de la enferma. Conviene que ensayemos contra dicha neuralgia toda una serie de medios apropiados antes de procurar su mejoría ó alivio. Localmente, hemos obtenido algunos buenos resultados con el empleo de la siguiente mezcla, preconizada, como es sabido, para calmar los dolores articulares crónicos:

Mentol.	aa.	1 gramo
Guayacol.		
Alcohol de 90°		18 —

H. s. a. alcoholado.

en abundantes embrocaciones repetidas varias veces al día. Se cubrirá la región con franela.

O bien se probarán las unturas, hoy clásicas en el tratamiento de la gota, con el siguiente linimento:

Guayacol.	6 gramos
Aceite de beleño.	60 —

H. s. a. linimento.

Las pomadas á base de *belladona* y de *beleño* mezclados, resultan á veces muy eficaces, lo mismo que el *salicilato de metilo*. Pero con fre-

cuencia el tratamiento de estas neuralgias se reduce á la aplicación de pequeños *vejigatorios*, curados mañana y tarde con medio centigramo de *clorhidrato de morfina*; el *stypage* no ha de descuidarse.

Al interior se administrarán la *antipirina*, la *fenacetina*, etc.; y las píldoras que A. Robin aconseja contra el zona:

Extracto de datura estramonium.	aa. 0 gr. 01
Extracto de beleño..	
Extracto de belladona	0 gr. 005

H. s. a. una píldora. — Tómense de tres á cuatro al día.

La *ciática* fácilmente se exaspera á la aproximación de las reglas, lo mismo que la *neuralgia intercostal*, que puede comenzar también en este período, la *neuralgia facial*, y todos los dolores de cabeza, sobre todo la *jaqueca*, con ó sin trastornos oculares, *cefalea neurasténica*, etc. Muy frecuentemente reclama el tratamiento la asociación de una medicación general, tónica, reconstituyente, *kola*, *glicerofosfatos*, etc.

b. Trastornos gástricos.—Los *trastornos gástricos* se producen ó exageran al sobrevenir el molimen menstrual, habiendo descrito Trousseau una *fiebre menorrágica* que no es más que un empacho gástrico con fiebre capaz de simular una fiebre tifoidea en sus comienzos (Grattery).

c. Trastornos renales.—Importa mucho conocer un estado, de apariencia grave y muy molesto, que observamos en las dispépticas afectas al mismo tiempo de *riñón dislocado*. Las reglas provocan (Becquet) una congestión renal con dolores lumbares y una ligera albuminuria en muchas mujeres, y estos fenómenos son muy pronunciados si al mismo tiempo existe una ptosis renal. El riñón así dislocado repercute sobre el estómago ya enfermo y que ha sufrido por otra parte también la influencia catamenial, en términos de resultar una serie de accidentes del todo alarmantes para las personas que rodean á la enferma. Los dolores gástricos llegan al paroxismo, y la absoluta intolerancia para los alimentos determina incesantes vómitos á la menor tentativa de tomar alguno, de manera que las pobres enfermas después de sus crisis quedan completamente postradas, extenuadas. Con el fin de prevenir estos vómitos y los sufrimientos, empleamos una antigua fórmula de G. Sée:

Extracto graso de cannabis indica.	0 gr. 20
Poción gomosa..	200 gramos

H. s. a. Poción.

Se tomará una cucharada de las de sopa dos veces al día, preferentemente antes de tomar la leche, que se dará á pequeñas dosis, pero

repetidas, en el momento de los accesos. Por punto general la alimentación habrá de ser siempre fraccionada, y hasta el primer día quizás nos veamos obligados á dejar á la enferma á *dieta absoluta*.

d. TRASTORNOS HEPÁTICOS.—Los *cólicos nefríticos* se manifiestan en las enfermas calculosas bajo la influencia de la erupción menstrual, pero más raramente que los *cólicos hepáticos;* con el fin de acortar los accesos y de impedir que á su vez puedan repercutir sobre el aparato útero-ovárico, se emplean comúnmente las inyecciones de morfina, que calman al mismo tiempo las crisis y los reflejos. Ordinariamente la *congestión hepática* y *la ictericia menstrual* cesan con el flujo sanguíneo, y no reclaman por su escasa importancia una medicación especial; antes de prescribir los calomelanos ó los colagogos, si es que se juzgan necesarios, conviene esperar la terminación de las reglas, cuyo flujo sanguíneo, si está bien establecido, constituye la mejor derivación de la fluxión hepática.

e. TRASTORNOS DE LOS CENTROS NERVIOSOS.—Por lo que toca á los centros nerviosos, sobrevienen también accidentes que revisten alguna gravedad, y pueden simular ya una *meningitis cerebral*, ya una *congestión raquídea,* acompañándose en ambos casos de grandes sufrimientos.

La *meningitis menstrual* (?) es indudablemente las más veces, si no siempre, de naturaleza histérica, pero la *congestión raquídea* no podría atribuirse al histerismo. Su origen verdaderamente fluxionario, admitido por Hallopeau, Jaccoud, Niemeyer, Peter, etc., parece demostrarlo su curación, que tiene lugar con la aparición ó terminación de las reglas. Se caracteriza primeramente por hormigueos, adormecimientos y después por dolores raquídeos, que se irradian hacia el tronco y los miembros inferiores. El cuadro sintomático se completa con una *paraplegia* que respeta los esfínteres. Por poco que se retarden las reglas, nos esforzaremos en desviar hacia los órganos genitales el flujo sanguíneo, prescribiendo una medicación emenagoga; al iniciarse los fenómenos, se practicarán emisiones sanguíneas (sanguijuelas, ventosas escarificadas) en el bajo vientre, periné y muslos, y más tarde á lo largo de la columna vertebral. Si la paraplegia dolorosa persiste después de la terminación de las reglas, se aplicarán también repetidas ventosas secas y frecuentes purgantes.

2.° DISMENORREA MEMBRANOSA.—La *dismenorrea membranosa* durante mucho tiempo no tuvo terapéutica propia ó especial. Actualmente se practica en último extremo el raspado de la cavidad del útero, procedi-

miento, dice Pozzi, que proporciona excelentes resultados, con la condición de ser completado con inyecciones de tintura de yodo.

Finalmente, si la dismenorrea resiste á todo tratamiento, los cirujanos, como á supremo recurso, han recurrido á la ablación de los dos ovarios, operación de Battey que nunca aconsejaremos.

CAPITULO III

TRATAMIENTO DE LA AMENORREA Y DE LA DISMENORREA POR ATRESIA Ó ESTENOSIS DEL CONDUCTO GENITAL

Tratar la dismenorrea y la amenorrea debidas á las deformidades congénitas ó adquiridas, ya afecten éstas al útero, á la vagina ó á la vulva, equivale á tratar las mismas deformidades, cuyos efectos directos son los trastornos menstruales. Suprimir la causa que hace doloroso ó imposible el flujo menstrual, es, pues, el fin que nos hemos de proponer.

No vamos á describir aquí todos los procedimientos que tienen por objeto restablecer la suficiente amplitud ó permeabilidad del conducto genital; dejando á un lado las complejas operaciones que sólo han de ser practicadas por expertos cirujanos, nos ocuparemos únicamente de las pequeñas intervenciones, sean ó no cruentas, que sabe y puede perfectamente practicar todo médico.

Estudiaremos las estrecheces ó imperforaciones de la vulva, vagina y de la matriz, insistiendo de un modo especial sobre el tratamiento de la estenosis del cuello uterino, una de las causas frecuentes de la dismenorrea.

A.—Estenosis y atresias de la vulva y de la vagina

1.° ESTENOSIS ADQUIRIDAS.—Las estrecheces de la vulva y de la vagina, debidas á las bridas cicatriciales que ordinariamente se forman á consecuencia del parto, pueden oponerse en mayor ó menor grado á la emisión del flujo menstrual, de lo que se deriva la dismenorrea. Estas bridas se seccionarán á pequeños cortes con las tijeras, levantándolas con el dedo, que las va presentando al instrumento.

Después de la sección, se taponará con gasa yodofórmica ó de otra clase, para mantener dilatada la vagina é impedir nuevas adherencias

cicatriciales. Resulta á veces ventajoso para distender las paredes vaginales, colocar después un pesario de Hodge ó de Dumontpallier.

2.° ESTENOSIS CONGÉNITAS.—En esta clase podemos encontrar bridas transversales ó adherencias parciales.

Si se trata de simples bridas transversales, basta seccionarlas con las tijeras, como en los casos de bridas cicatriciales adquiridas. Si son adherencias parciales, se puede, después de haber procurado su total desprendimiento por simple tracción, incindir estas adherencias separándolas de manera que el conducto genital obtenga su normal permeabilidad.

3.° ATRESIAS.—Sea congénita ó adquirida, el tratamiento de la atresia es idéntico en ambos casos.

La unión de los grandes labios se presenta muy raras veces, y cuando existe, convendrá intentar primeramente su simple separación. Si este medio no da resultado, se incinde, impidiendo luego por medio de un tapón de gasa que aquéllos vuelvan á unirse.

La soldadura ó unión de los pequeños labios, que es más frecuente, á veces sólo está limitada á la cara interna, en cuyo caso, la simple tracción los separa sin grandes dificultades; en los casos de que la unión sea más íntima, es necesario recurrir á la incisión.

Es fácil corregir la *atresia del himen* ó la *imperforación de la vagina* obturada por una tenue membrana (lo que clínicamente se confunde); una incisión crucial, con ó sin resección de los colgajos, basta para dar libre paso á la sangre detenida por detrás de dicha membrana.

No nos ocuparemos de la *atresia de la vagina* debida á la ausencia ó al rudimentario desarrollo de este órgano, pues son vicios de conformación que reclaman para su tratamiento verdaderas y delicadas intervenciones quirúrgicas.

Tales son las distintas operaciones que pueden practicarse para tratar la amenorrea ó la dismenorrea debidas á estenosis ó atresia de la parte inferior de las vías genitales.

Por lo demás, la *amenorrea verdadera* es rara; en los casos de atresia completa existe muy frecuentemente retención de las reglas con dilatación por encima de la atresia, hematocolpos, cuyo tratamiento no hay que consignar aquí. No obstante, en algunos casos de atresia existe amenorrea verdadera, que desaparece después de restablecerse el conducto vulvo-vaginal.

En cuanto á la dismenorrea, su causa más común es la *estenosis del cuello uterino*, la que nos falta estudiar.

B.—Estenosis del cuello uterino

Cuando existe estenosis del cuello, sea ésta congénita ó adquirida, importa ante todo dilatar y mantener dilatado el conducto.

La dilatación puede ser ó no cruenta.

1.° DILATACIÓN INCRUENTA.—Esta operación, que ha de ser practicada con las mayores precauciones de asepsia y de antisepsia, so pena de que sobrevengan accidentes á veces muy graves, puede verificarse de varias maneras. Unas veces se procede á la dilatación lenta con substancias susceptibles de aumentar de volumen ó hincharse en contacto con los líquidos segregados, otras se prefiere la dilatación rápida ó forzada, con ó sin cloroformo.

1.° La *dilatación lenta* se practica ordinariamente con tallos de *laminaria*, que se introducen en el cuello y aumentan luego de volumen por imbibición.

Es necesario disponer de una serie de tallos de distinto grosor, que se conservan en éter yodofórmico.

La operación se practica de la siguiente manera. Colocada la mujer en la misma posición que cuando se practica la talla, se lava la vagina con una solución de sublimado al 1 por 4000; el médico ha de tener, como se comprende, las manos bien limpias y asépticas. Por medio del tacto nos cercioraremos de la posición del cuello y del cuerpo del útero, introduciendo después un espéculum bivalvo. Cogido el cuello entre los labios del espéculum, se lava con una torunda de algodón hidrófilo cogida con una pinza y empapada en una solución de sublimado, y luego se coge el labio anterior con una pinza de garfios.

Para hacernos cargo de la corvadura de la cavidad uterina, se introducirá el histerómetro, encorvando después ligeramente el tallo de laminaria al tenor de los datos recogidos; el tallo que es llevado por una pinza se introduce suavemente en el útero, haciendo de modo que su extremo, que tiene atado un hilo, no desaparezca del todo. Mientras se efectúa esta maniobra, la pinza saca-balas ó de garfios, sostiene la matriz y le impide remontarse; una vez colocado el tallo, se aplica una torunda ó una tira de gasa contra el cuello al mismo tiempo que se retira el espéculum.

A las diez ó doce horas, la laminaria ha alcanzado su máximum de volumen; pero ordinariamente se deja veinticuatro horas el mismo tallo, quitándolo después tirando del hilo atado á uno de sus extremos é introduciendo un segundo tallo de mayor tamaño. Esta pequeña maniobra

se repite varios días consecutivos, durante tres ó cuatro semanas (Dirner, de Budapesth).

Con este método frecuentemente sólo se obtienen resultados pasajeros; no obstante, es muy conveniente su empleo en las proximidades de cada período menstrual.

2.° La *dilatación rápida* generalmente se practica cloroformizando á la enferma; puede verificarse de un modo rápido, inmediato, usando un dilatador, ó progresivamente por medio de las bujías de Hegar.

Para la dilatación inmediata ó divulsión, se emplea un dilatador de dos ramas paralelas (Ellinger), divergentes (Collin), ó el dilatador de tres ramas (Sims). Este procedimiento no es muy recomendable, puesto que nos exponemos á practicar desgarros en el cuello.

La dilatación con las bujías de Hegar verdaderamente sólo se obtiene con facilidad en un cuello algo reblandecido; también se comienza de ordinario por colocar durante veinticuatro horas un tallo de laminaria.

«El diámetro, dice Hegar, de la bujía más pequeña es de dos milímetros. En las siguientes, va aumentando cada una de un milímetro, si bien la circunferencia aumenta de unos tres milímetros. Es preferible con todo valerse de bujías cuyo diámetro aumente solamente de medio milímetro.»

Una vez anestesiada la enferma, se coge el labio anterior del cuello y se introduce una bujía de Hegar del calibre conveniente para que pueda entrar con suavidad. Después de esta primera bujía, se pasa otra de mayor tamaño y así sucesivamente hasta que se obtiene el grado de dilatación apetecido. A cada bujía se le imprimirá un movimiento de vaivén con el fin de amasar ó comprimir las paredes del cuello y sobre todo el orificio interno, cuya estrechez es uno de los factores principales de la dismenorrea.

Como es natural, antes de verificar esta operación deberá procederse á una minuciosa y completa desinfección de la cavidad vaginal. Una vez conseguida dicha desinfección, se deja una torunda de gasa en la vagina.

El resultado que se obtiene con estas prácticas no es siempre definitivo, y el cuello vuelve otra vez á estrecharse, aunque en la mayoría de los casos el orificio nunca alcanza el grado de estrechez que antes presentaba, quedando con la suficiente anchura para que el flujo menstrual pueda pasar con mayor libertad ó desahogo.

2.° DILATACIÓN CRUENTA.—No insistiremos en detallar los distintos procedimientos operatorios dirigidos á combatir la estenosis cervical; esto sería salirnos del plan de la obra. Indicaremos las intervenciones

más comunes que tienen por objeto restablecer el calibre ó diámetro del conducto cervical y sobre todo de sus orificios.

La *sección del orificio externo,* sea con las tijeras ó con el bisturí, se practica en la línea media ó en uno de los lados.

Puede igualmente *seccionarse el orificio interno* y toda la longitud del conducto cervical, para lo que se emplea un bisturí de botón. Mas estas operaciones siempre son perjudiciales; después de la cicatrización quedan los cuellos deformados y conservan todavía una estrechez más ó menos pronunciada.

Cuando la estenosis es poco pronunciada, es preferible limitarse á practicar la dilatación inmediata progresiva con las bujías de Hegar (previo reblandecimiento del cuello con la laminaria). Si la estenosis es muy acentuada, recurriremos á las resecciones parciales del cuello, ya por medio de la escisión bicónica á dos colgajos (Simon), ó bien, cuando la mucosa está enferma, por el procedimiento de Schröder, ya, por último, como preconiza Pozzi, practicando el vaciamiento comisural del cuello, operaciones cuya técnica se encontrará expuesta en los *Tratados de Ginecología.*

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE LAS METRORRAGIAS

I

Consideraciones generales

¿Existe en realidad una metrorragia esencial, idiopática? Actualmente bien pocos son los autores que la admiten, y por lo demás, los mismos que la reconocían confesaban su rareza. ¿Está esto ó no justificado? El asunto merece ser discutido, pues quizá no se comprende bien el significado de la palabra; es un punto del que ya nos hemos ocupado al tratar de las *falsas uterinas*.

Consideramos á la hemorragia uterina como sintomática de las afecciones del aparato genital ó de los demás órganos distantes, ó también como sintomática de trastornos generales; su tratamiento ó terapéutica es el de la causa primera y con ella ha de describirse. No obstante, sean cuales fueren las indicaciones que de la etiología se deriven, toda hemorragia supone un conjunto de cuidados que importa conocer, y sin que sea obstáculo el que en otros capítulos se exponga la serie de tratamientos en relación con cada enfermedad originaria, creemos poder reunir y discutir las medicaciones que en estos casos producen buenos resultados, para indicar después los casos en que están mejor indicadas.

No nos ocuparemos aquí de las hemorragias obstétricas del embarazo y del parto.

II

Medicamentos y medicaciones hemostáticos

La mujer afecta de metrorragia ha de guardar en la cama un *reposo absoluto*, procurando evitar todo movimiento; por poco abundante que sea

el flujo sanguíneo, se le dará el orinal para sus necesidades, no permitiendo en ningún modo que se levante. Acostada sobre el dorso, con la cabeza un poco baja, se levanta ligeramente la parte media del cuerpo, poniéndole debajo trapos ó ropas que sean más resistentes y sobre todo menos calientes que las almohadas, y la enferma procurará conservar la mayor inmovilidad posible. Si las extremidades están frías, se colocan junto á las piernas y á los brazos toallas ó calentadores, lo que es preferible á acumular ropas sobre el cuerpo de la enferma. La temperatura no ha de ser demasiado elevada y la habitación convenientemente aireada; durante el día convendrá que la enferma tome bebidas ó limonadas frescas. Esta higiene tan sencilla basta muchas veces para prevenir accidentes algo serios.

1.° MEDICAMENTOS HEMOSTÁTICOS. — De todos los *medicamentos* llamados *hemostáticos*, el más usado contra las metrorragias, el más conocido, pero también el más desacreditado, es el *cornezuelo de centeno*. Su eficacia para producir la contracción de las fibras lisas de los vasos y del útero, aun en estado de vacuidad, es por todos reconocida, de suerte que las críticas que ha motivado dependen mucho más de la manera de emplearlo que del fracaso ó perjuicio de su acción, debido á la índole propia del medicamento. El *cornezuelo de centeno* recientemente pulverizado (y no el centeno corniculado) puede prescribirse en obleas hasta la dosis de 4 gramos; su *extracto acuoso*, la *ergotina*, de $0^{gr},50$ á 4 gramos (hay una solución graduada de ergotina en la que 1 centímetro cúbico del líquido equivale á su peso de cornezuelo); y su *alcaloide*, la *ergotinina*, que es mil veces más activa, en la proporción de 1/4 de miligramo hasta 1 miligramo.

Consideramos que deben desecharse las dosis masivas y elevadas de dichos medicamentos. En obstetricia, después del alumbramiento, si se considera conveniente determinar prontas contracciones del útero por inyecciones repetidas de ergotina para detener una imponente hemorragia, se busca un efecto rápido, y la gravedad del accidente hace prescindir de toda consideración; pero fuera de los partos las pérdidas sanguíneas no llegan nunca á inquietar de un modo tan inmediato. Se reprocha á los preparados de *cornezuelo* y de *ergotina* el producir entuertos, «determinar frotes dolorosos de la mucosa enferma y dar resultados muy pasajeros,» exagerándose aún á veces el flujo sanguíneo una vez agotado el medicamento. Es de notar que estos inconvenientes han sido observados sobre todo (pero no exclusivamente), con las inyecciones subcutáneas, esto es, después de una acción brusca y fuerte de la substancia. Este estímulo

súbito y enérgico de las fibras lisas determina cólicos muy penosos cuando el útero está enfermo, y como que es temporal, á los fenómenos espasmódicos sucede un relajamiento de los vasos, que se acentúa aún por una ley bastante común en fisiología; la dilatación de los conductos sanguíneos resulta entonces por algunos instantes más considerable que antes de la absorción del fármaco, repitiéndose la hemorragia con abundancia.

Por tanto, consideramos preferibles dosis menos elevadas para una sola vez, pero *repetidas y sostenidas mayor tiempo;* no provocan dolor alguno; su efecto es continuo, sobre todo secundado por otros medios, irrigaciones, etc., y da excelentes resultados. Ya antes hemos aconsejado (metrorragias de la pubertad) la siguiente fórmula:

Ergotina.	0 gr. 10
Sulfato de quinina.	0 gr. 02
Polvo de hojas de digital.	0 gr. 01
Polvos de coca.	c. s.

H. s. a. Una píldora.—Cinco píldoras al día suficientemente espaciadas.

Asimismo la poción de Gubler es excelente:

Ergotina.	4 gramos
Acido gálico.	0 gr. 50
Jarabe de trementina.	30 gramos
Agua destilada de menta.	120 —

H. s. a. Poción. Para tomar á cucharadas durante el día toda la poción, la mitad ó la tercera parte.

Sneguireff considera que el cornezuelo sirve al médico, podría decirse, como piedra de toque: aparte del embarazo, toda hemorragia, dice, debe combatirse con dicho medicamento antes de todo otro tratamiento, y si resulta ineficaz, prueba que no se puede ya contar con otros remedios internos que obren sobre la contractilidad uterina.

No obstante, lo repetimos, el empleo del cornezuelo dista mucho de ser aceptado de un modo general; aparte de lo que se refiere á los *accidentes puerperales* y los *cuerpos fibrosos,* Gallard particularmente lo considera como un medicamento cuando menos impotente contra las otras clases de pérdidas sanguíneas que tenemos que combatir.

Varios autores también preconizan la *digital* como el mejor de los hemostáticos uterinos; tendría todas las ventajas del cornezuelo sin ofrecer los inconvenientes de éste. Howship Dickinson ensayó la *digital* con éxito (la enferma tenía una afección cardíaca) y aconseja dosis enormes de 15 á 30 gramos. Después de él, Trousseau, que al principio pres-

cribía de 6 á 8 gramos del medicamento, llegó á darlo de 1 á 2 gramos en infusión por dosis fraccionadas, y vió cesar rápidamente metrorragias que hacía algunas semanas que duraban, sobre todo metrorragias de la *menopausia* ó flujos sintomáticos de los *cuerpos fibrosos*. «No será inútil hacer observar, añade, que primeramente habíamos tomado la precaución de dejar descansar varios días nuestras enfermas después de su ingreso en el hospital.» Gallard administraba, á cucharadas durante el día, de 0gr,30 á 0gr,50 de hojas en infusión con 125 gramos de agua. Esta última dosis es muy suficiente y no hay necesidad de recurrir á las cantidades elevadas recomendadas por el médico de Dublín para obtener buenos efectos.

La *digital* resulta de verdadera eficacia contra las hemorragias uterinas, con preferencia en algunas infecciones, la *metritis,* por ejemplo. ¿Obra más bien remitiendo la circulación general que produciendo una hipotética contracción de las fibras de la matriz? Poco nos importa. A pesar de sus cualidades, parece exagerado considerarla como el más seguro de los hemostáticos; cuando otros medios fracasan ó son inaplicables, se la tiene de reserva como un precioso recurso, pero no ha de pasar á figurar en primera línea. Es necesario, entiéndase bien, hacer una excepción en lo que toca á las metrorragias en las enfermedades del corazón, punto del que ya nos ocuparemos más adelante.

¿Qué no se ha dicho del *sulfato de quinina?* Si nos atenemos á observaciones de distinto origen, es igualmente eficaz en los estados más opuestos: es sucesivamente preconizado contra la *amenorrea,* la *dismenorrea,* las *pérdidas de sangre,* y en las menstruaciones irregulares restablece la periodicidad de las reglas.

Esta discordancia resulta de interpretaciones algo forzadas. Delioux de Savignac da quina amarilla á las cloróticas con amenorrea, y como por la influencia de aquélla reaparece el flujo catamenial, este autor desaconseja los preparados de quina en las clorosis menorrágicas, y deduce que la quinina es un emenagogo; posible es, pero por la misma razón que muchos tónicos, un emenagogo indirecto. Trousseau, por su parte, preconiza la quina en polvo ya recomendada por Bretonneau. Que una palúdica aquejando dismenorrea mejore con el *sulfato de quinina* (Tilt), es muy natural; lo propio que en la enferma de Sandras, reumática y gotosa, cuyos dolores menstruales calmaba dicha substancia á grandes dosis; pero no es necesario generalizar sus virtudes considerándola buena para todos los accidentes genitales. Su acción sobre los vasos, que contrae y reduce su calibre, hace muy verosímiles sus propiedades hemostáticas; como se ha empleado contra la epistaxis, la hemoptisis, las hemorragias intestinales,

puede ser prescrita contra las metrorragias. Si lo ha sido con éxito independientemente de toda infección palúdica (Guéneau de Mussy), con mayor razón podrá serlo en las palúdicas. En América, es considerado excelente para excitar el útero á fin de acelerar el parto. Pero, en la práctica ginecológica corriente, el sulfato de quinina no pasará nunca de ser un auxiliar de más fieles medicamentos.

Perdida ya su inmerecida fama, el *percloruro de hierro* y la *ratania,* tomados al interior, no figuran ya más que en composiciones de múltiples bases, conservados por costumbre, pero sin que desempeñen papel importante. Igualmente el *mático,* la *veratrina* (Aran), la *sangre de drago,* la *canela,* los *balsámicos,* etc. La *nuez vómica* merecía quizás salir del olvido; Raciborsky aconsejaba contra las menorragias las siguientes píldoras, de empleo bastante racional contra las reglas muy prolongadas de las anémicas:

Extracto alcohólico de nuez vómica.	0 gr. 75
Hierro reducido por el hidrógeno.	4 gramos
Mucílago de goma arábiga	c. s.

H. s. a. Sesenta píldoras. De dos á cuatro mañana y tarde.

En el capítulo de la amenorrea nos hemos esforzado en demostrar que substancias emenagogas á muy pequeñas dosis pasan á ser hemostáticas á dosis mucho más elevadas; es el caso del *cornezuelo de centeno,* quizás también de la *sabina* y la *ruda,* que algunos autores asocian al cornezuelo á fin de provocar las contracciones uterinas. Pero en tal caso la cantidad necesaria de sabina ó de ruda las hace peligrosas á causa de los accidentes que pueden producir, especialmente por parte de las vías digestivas.

No ocurre esto con el *gossypium herbaceum* (procedente del algodonero), preconizado por Narkewitsch y Poteïenko, que se emplea de algunos años á esta parte: su acción, muy fiel, equivaldría á la del cornezuelo y sin ocasionar jamás trastornos digestivos, pudiendo prescribirse su *extracto flúido* á cucharadas de té repetidas (?), su *infusión* á razón de 10 gramos y más aún.

Alberto Robin, al contrario, se limita á dar el *extracto* á dosis de $0^{gr},05$ cuatro veces al día, en píldoras ó en solución al centésimo (y entonces á cucharadas de café); añade que el efecto del medicamento es variable, lo propio que la susceptibilidad del sujeto. Generalmente usamos la siguiente fórmula en la que el *gossypium* va unido á otros hemostáticos:

Ergotina.	0 gr. 10
Acido gállico	0 gr. 05
Extracto de gossypium herbaceum	0 gr. 10
Polvo de ratania.	c. s.

H. s. a. Una píldora. Dos al día, con preferencia contra las metrorragias de los fibromas.

Se puede también dar el *extracto flúido* á la dosis de XX á XXX gotas, tres á cuatro veces al día; se administra en enemas de 100 gramos de la *infusión* al 15 por 100, ó también el *cocimiento* (120 gramos de *gossypium* para 1200 gramos de agua, de la que se darán 60 gramos cada dos horas).

A la par que el gossypium, han sido varios los medicamentos introducidos en estos últimos años en la terapéutica de las enfermedades de la mujer; muy encomiados en el extranjero, su experimentación no se ha efectuado en Francia aún con suficiente método para que pueda decidirse de un modo definitivo su importancia ó valor terapéutico.

El *viburnum prunifolium*, antiespasmódico, sedante nervioso y uterino, se prescribe, por ejemplo, en *extracto flúido* de XX á XXV gotas cuatro veces al día. Existe también una *tintura*. El principio activo, la *viburnina*, se administra á la dosis de $0^{gr},06$ á $0^{gr},15$ (Bocquillon).

En tesis general, es mejor hacer entrar este medicamento en una fórmula magistral, como correctivo, que no emplearlo solo.

El *hidrastis canadensis* (baja la presión sanguínea, disminuye la fluxión?) ha de ser estudiado aparte. Se le ha querido considerar como superior al cornezuelo contra la menorragia simple; da bastante buen resultado sobre todo en las *congestiones*, en ciertas *metritis*, en algunas *hemorragias* de la *menopausia;* se puede ensayar para detener las *reglas demasiado profusas*.

El *extracto flúido de hidrastis* se administra á la dosis de LX á LXXX gotas (tomadas en tres veces) en agua azucarada. La *tintura*, de XX á XXX gotas.

La *hidrastinina* ha sido empleada por Soulier con preferencia á la *hidrastina*, en inyecciones hipodérmicas:

Clorhidrato de hidrastinina	1 gramo
Agua destilada	10 —

H. s. a. Solución de la que se inyecta media ó una jeringa de Pravaz.

El *extracto* entra en la composición siguiente:

Elíxir de Garus		100 gramos
Ergotina Bonjean		5 —
Extracto de viburnum prunifolium. . . .	aa.	2 —
Extracto de gossypium herbaceum . . .		
Extracto de hidrastis canadensis..		6 —

H. s. a. Elíxir del que se tomará de una á cuatro cucharadas de café al día, con preferencia antes de las comidas. — (ALBERTO ROBIN).

El *hamamelis virgínica*, cuya acción descongestionante y sedante regulariza la circulación, se prescribe en *tintura*, de V á XX y XXX gotas, en varias veces, en *extracto flúido* á la dosis de X gotas cada dos horas.

Por último, el *cannabis indica* antiespasmódico (?), anestésico (?) ha sido recomendado contra las menorragias con dismenorrea. En *tintura*, se prescribe á la dosis de V á XX gotas.

Gubler cita el *bromuro de potasio* como auxiliar del cornezuelo, entre la digital y la quinina; su empleo no deja de ser racional contra las reglas dolorosas y demasiado abundantes.

Como simple recuerdo citaremos, por último, la *cafeína*, el *erodium cicutarium* (2 á 4 gramos de extracto flúido en poción en las veinticuatro horas), el *clorhidrato de cotarnina* y la *tintura de actœa racemosa*.

En estos últimos años, Jouin ha tratado las metrorragias por medio de la *opoterapia*, é investigando una vez más las relaciones entre el cuerpo tireoides y el aparato genital, ha empleado la *medicación tireoidea*. Sus ensayos han dado buen resultado contra las metrorragias de los *fibromas* y contra los *fibromas* mismos; por otra parte, habíase observado la supresión brusca de las reglas en las mujeres sujetas al tratamiento tireoideo si no lo suspendían durante el período menstrual. Además Jacobs (de Bruselas) ha comprobado la suspensión de las *hemorragias* de la *menopausia* bajo la influencia de las preparaciones de *extracto ovárico*; lo que prueba, como dice Blondel, que distamos aún mucho de poseer la explicación definitiva del papel que desempeña el ovario. En la menopausia sobrevienen metrorragias que dependen de congestiones que se localizan en la pelvis, como también pueden afectar otros órganos, no siendo las alteraciones anatómicas de la matriz en modo alguno la verdadera causa de tales pérdidas, que exigen el empleo de la *ovarina*, del propio modo que las congestiones de las vías respiratorias, por ejemplo, ó de los tegumentos. Por este lado hay indicaciones terapéuticas, que

tarde ó temprano se llegará á dilucidar y nos prestarán entonces excelentes servicios (1).

En un trabajo de los más documentados y de concepción tan ingeniosa cuanto sabia, Hertoghe (de Amberes), al lado del mixedema franco coloca entre las formas frustradas un estado de *hipotireoidia benigna crónica*, cuyas perturbaciones del aparato genital son muy importantes. La insuficiencia tireoidea no produce el abotagamiento ó hinchazón y los síntomas comunes característicos del mixedema; se limita á ocasionar algunas manifestaciones, entre las que podemos citar, como las más frecuentes, una apariencia de vejez precoz, la degeneración de los dientes y las encías, la hipertrofia de las amígdalas y de la mucosa nasal, la adenoidia, dolores cefalálgicos y raquiálgicos, musculares y articulares, opresión, varices, constipación crónica, trastornos hepáticos, enfriamiento periférico, etc. Pero, y esto nos interesa en más alto grado, el infantilismo, también, no es más que una forma atenuada del mixedema, y el *desarrollo incompleto del aparato sexual* un resultado de la hipotireoidia.

La *pubertad* es tardía. Una vez establecida, las reglas, que son dolorosas, aparecen con profusión, van acompañadas de verdaderas *menorragias*, y en los períodos intermedios aparecen las *metrorragias*. Los *abortos* recidivantes, los *miomas*, la *ovaritis crónica*, suceden al empobrecimiento tireoideo. La *retroflexión de las vírgenes*, bastante común, es debida á una falta de desarrollo de la pared posterior del útero, y ésta es de origen distireoideo.

Esta ingeniosa teoría ha llevado á su autor á establecer procedimientos terapéuticos que le han dado excelentes resultados.

«Los trastornos hemorrágicos del útero, dice, responden maravillosamente á la acción de la *tireoidina*. La matriz disminuye de volumen y de sensibilidad.

»En los *fibromas*, su acción no es menos manifiesta. El tumor disminuye lentamente. La mejoría se comprueba sobre todo por la disminución de la hemorragia y la desaparición de los fenómenos de compresión. He salvado más de una mujer del bisturí.

»En la *retroflexión infantil de las vírgenes*, la tireoidina, al cabo de muy poco tiempo, fortifica ó robustece la pared posterior de la matriz y la endereza de un modo muy rápido; la sangre menstrual fluye más fácilmente.

»En la *esterilidad* que depende de un retorno demasiado fácil y violento de la menstruación, nos congratularemos de haber empleado la tireoidina por su acción inhibitoria. Su uso, á débil dosis, deberá continuarse mientras dure la gestación.»

(1) Véase *Opoterapia ovárica* y *Menopausia*.

2.° INYECCIONES. — Las *inyecciones*, tal como en otro tiempo se practicaban, y muy recomendadas porque contenían principios considerados como estípticos, astringentes, coagulantes, son puramente ilusorias. Por más que su enumeración llene los antiguos tratados de Ginecología, inyecciones de *percloruro de hierro*, de *tanino*, de *alumbre*, de *agua de Pagliari*, *de Léchelle*, etc., en la mayor parte de los casos no llegan á alcanzar la superficie cruenta, y como que entonces no ejercen el papel de tópicos, una muy corta duración de la corriente de agua les quita toda influencia. Tienen todo lo más alguna utilidad cuando el origen de la hemorragia radica en la superficie exterior del cuello, y aun es preferible, después de haber limpiado la región con tópicos antisépticos, hacer *toques directos* con *percloruro de hierro* ó con la punta del *termocauterio*, ó insuflar mezclas pulverulentas de *tanino, alumbre, salol*, etc. Cuando la parte del órgano que da la sangre es muy accesible, se puede en último término, como dice Auvard, cogerla por medio de una *pinza* de Museux, dejando ésta aplicada durante veinticuatro horas.

Labadie-Lagrave, en las pérdidas sanguíneas que dependen de metritis, desviaciones, fibromiomas, recurre á las aplicaciones de *antipirina salolada:* en un tubo de ensayo se introducen cantidades iguales de salol y de antipirina y se calienta hasta que la mezcla haya tomado un color francamente moreno. Una delgada varilla cubierta de algodón hidrófilo mojado en esta solución se introduce en la cavidad uterina por medio del espéculum; si es necesario, se hacen una ó dos aplicaciones sucesivas; luego se coloca en la vagina una torunda empapada de glicerina creosotada.

Para que una inyección sea verdaderamente eficaz, es necesario que dure mucho tiempo, en una palabra que sea una *irrigación;* es ésta su cualidad más indispensable. Se han suscitado interminables discusiones antes de decidir qué temperatura conviene que tenga el agua destinada á una irrigación; hoy parece haberse llegado á un acuerdo y todos ó casi todos emplean *agua caliente*, con justa razón, pues con ello se obtienen excelentes resultados. Diremos, no obstante, que en las salas de uno de nuestros maestros, en el Hôtel-Dieu, hemos podido ver que el *agua fría* prestaba grandes servicios, con tal que su corriente fuese de larga duración. El temor de una reacción demasiado brusca y viva, cuando existen flegmasías periuterinas que bastan á determinar pérdidas de sangre y que acompañan con tanta frecuencia á la metritis; la molestia de sostener vejigas de hielo aplicadas sobre el abdomen de una enferma durante días enteros; la completa inocuidad; más aún, la utilidad del agua caliente en estos casos de inflamación de los anexos, han hecho que renunciáramos al empleo del agua fría. Conviene añadir también que las inyecciones

continuas frías provocan á veces sensaciones dolorosas, lo que hace difícil su continuación. Pero no existiendo complicaciones peritoneales ó tubo-ováricas, contra las metrorragias difíciles de cohibir, resultando inútil ó impotente el raspado, no dudaríamos en ensayar á su vez el agua fría y sobre todo en aconsejar el semicupio fresco de corriente continua. Por lo demás, ya volveremos á ocuparnos de este asunto, y con la extensión que merece, al tratar de la hidroterapia en el tratamiento de la metritis.

El *agua caliente* á 45, 50° y más aún, ha sido aceptada por todos y con justicia: tiene grandes ventajas y no tiene peligro alguno. Las enfermas, aun las más timoratas, se habitúan muy rápidamente á la penosa sensación del primer contacto; por otra parte, puede procederse de un modo gradual, pasando de 42 á 45, 50°, y por encima de esta cifra. Reclus ha insistido acerca de las propiedades del agua á esta temperatura: es desde luego hemostática; además, dice, calma los dolores, limita la inflamación, y á 60 y 62° «es verdaderamente antiséptica, barre los gérmenes y suciedad de las heridas y neutraliza sus efectos.»

En las metrorragias consecutivas á las metritis y á la perimetro-salpingitis, solas ó asociadas, el agua caliente parece, pues, cumplir todas las indicaciones. Combate el síntoma hemorragia, y siendo anestésica y antiflogística, obra también contra la inflamación del útero y de los anexos, causa de dicha hemorragia.

La posición que adopta la enferma para recibir la inyección contribuye muchas veces á que sea completamente ineficaz el empleo del agua caliente: la mujer no debe estar en cuclillas ó sentada, sino acostada en decúbito dorsal, la pelvis ligeramente levantada, y es necesario regular la salida del líquido de manera que no sea demasiado rápida.

Se ha aguzado el ingenio para encontrar el medio de que la irrigación sea muy duradera, y para conseguirlo se han ideado diversos aparatos: receptáculos de gran capacidad, irrigador de Aran, de Clauzure (de Angulema), de Auboin, cánula reguladora de Auvard, etc. Uno de nosotros ha hecho construir un pequeño aparato de caucho, que se introduce como un anillo de Dumontpallier, y es algo parecido, con la diferencia de que en el espacio central, en vez de estar vacío, hay una superficie plana y elástica destinada á obstruir la vagina; esta superficie tiene á su vez dos pequeños orificios en comunicación con dos tubos flexibles, uno que conduce el agua y el otro destinado al desagüe; el líquido llena y distiende los fondos de saco vaginales merced á una disposición especial de los tubos, tal que para salir aquél ha de ascender á un nivel más alto

que el de los órganos genitales. La enferma permanece en cama sin experimentar fatiga alguna, y de este modo podemos dar irrigaciones que duren una, dos horas, y aun más (1).

Sneguireff considera que el *vapor de agua* á 100° es un hemostático y un antiséptico muy eficaz. Previa dilatación del cuello, se introduce en la cavidad uterina una pequeña cánula que comunica con un recipiente en el que el agua está sometida á la ebullición, y deja pasar los vapores durante algunos minutos; la operación no es dolorosa. Ultimamente Schick (de Praga) manifiesta haber tratado con éxito ciertas metrorragias de la menopausia por la inyección intra-uterina de *agua hirviendo;* el cuello dilatado, anestesiada la enferma, el agua hirviendo fluye durante medio minuto dentro de la matriz, estando la vagina protegida contra la quemadura por una corriente de agua muy fría; á consecuencia de esta intervención la mucosa uterina queda completamente destruída. Baruch ha observado, por el contrario, una complicación tardía por el empleo de este método, la atrofia y la obliteración de la cavidad, con todos los accidentes de la menopausia prematura.

Algunos autores han insistido sobre los inconvenientes de las inyecciones calientes. Así Sneguireff las acusa de provocar á veces un reflujo sanguíneo de la pelvis á la circulación general, y de determinar angustia, disnea, palpitaciones, y aun vértigos y síncopes. Estos accidentes son á buen seguro muy poco frecuentes, y más raros aún «los fenómenos de colapso que pueden depender del derrame en el peritoneo de las secreciones acumuladas en las trompas.» Con mayor motivo indicaremos las flictenas y la vaginitis exfoliatriz, el exantema pruriginoso que disimula la urticaria, y sobre todo el hábito ó tolerancia del organismo, que hace penoso é inútil el uso del agua caliente.

La práctica de las *inyecciones medicamentosas intra-uterinas* está hoy día algo abandonada y con razón. Distan mucho de procurar siempre el éxito operatorio; y aquellos que las preconizaron han sido los primeros en describir sus inconvenientes y peligros, cólicos, dolores violentos, indicios de flegmasía periuterina ó de peritonitis, embolias, infección, colapso y aun la muerte rápida. No obstante, han dado á menudo buenos resultados en la metritis y en los fibromas. Gallard empleaba el *percloruro de hierro*, otros ginecólogos recomiendan la *tintura de yodo pura* ó mezclada con *glicerina*. De todos modos es necesario obrar con prudencia, hacer guardar cama á la enferma, y abstenerse si existen los *menores síntomas inflamatorios*.

(1) Pablo Dalché.—*Bulletin général de Thérapeutique*, 1896, y más adelante *Flegmasías periuterinas*.

3.° **SOLUCIÓN GELATINADA.** — Hemos de ocuparnos ahora de un tratamiento que goza hoy día de muy justificado predicamento, como nos lo ha demostrado la experiencia; el uso del *suero gelatinado* en inyecciones y en aplicaciones directas para cohibir las metrorragias. El líquido es el que había indicado P. Carnot y del cual A. Siredey, uno de los primeros, ha manifestado haber obtenido los mas buenos resultados.

Suero artificial:

Cloruro de sodio.	7 gramos
Agua destilada.	1 litro

Disuélvase.

Pueden añadirse 10 gramos de *ácido fenico* ó 1 gramo de *sublimado;* luego disuélvanse en la mezcla de 5 á 10 por 100 de *gelatina blanca;* esterilícese á 100° sin pasar de esta temperatura y, al enfriarse la mezcla, se solidifica; cuando tenga que emplearse, se pondrá al baño maría á 37 ó 40° y resultará otra vez perfectamente fluída.

Entonces, después de haber limpiado la vagina y quitado los coágulos y la sangre existentes, por medio del espéculum se aplica al nivel del orificio uterino una tirilla de gasa esterilizada empapada con el *suero gelatinado*, se apelotona alrededor del cuello sin que comprima demasiado, y si es necesario se colocará una segunda tira, dejándose aplicadas durante veinticuatro horas; al quitar el taponamiento, procédase con precaución, limpiándose luego la cavidad vaginal, para lo que será necesario muchas veces recurrir al agua caliente. Si fuese necesario se practicará de igual modo una segunda cura.

Es fácil en algunos casos hacer toques en la cavidad del cuello uterino, y aun del cuerpo, con un pincel ó un hisopillo de algodón.

En lugar del taponamiento puede hacerse una inyección vaginal, en las vírgenes, por ejemplo, ó bien introducir una mecha mojada en la solución.

En el cáncer, en el curso del embarazo, ó bien aún en las vírgenes, A. Siredey recomienda un ingenioso procedimiento. «Se mantiene la pelvis fuertemente levantada sobre una almohada, quedando el tronco inclinado algo bajo, de modo que quede asegurada la permanencia del líquido en los fondos de saco en contacto con el orificio cervical. Un tapón de algodón colocado en el orificio vulvar contribuye á retener el líquido.»

Esta aplicación del suero gelatinoso resulta una excelente práctica, puramente paliativa es cierto, pero que permite la cohibición de una hemorragia peligrosa si no se ha preparado todo para el tratamiento radical de la causa primera.

A pesar del sublimado ó del ácido fénico adicionado á la mezcla, es necesario ser muy minucioso y lavar las vías genitales con sumo esmero.

En una mujer de sesenta y dos años, uno de nosotros tuvo un singular fracaso (1), ó mejor, un contratiempo. A consecuencia de un taponamiento gelatinado se formó en la cavidad uterina un pólipo *fibrinoso* muy resistente, de tamaño mayor que un huevo, que acabó por dilatar el cuello y provocar un simulacro de parto; la hemorragia tenía su origen en el cuerpo de la matriz, y es á buen seguro preferible, cuando sea posible, aplicar la solución gelatinada *directamente en contacto con la superficie que sangra.*

4.° TAPONAMIENTO. — Si no se tiene á mano el suero gelatinado ó por cualquier motivo no puede emplearse, será necesario recurrir al *taponamiento.* Antiguamente se contentaban siempre con taponar la vagina; pero desde la introducción en la medicina de la antisepsia, y sobre todo de la asepsia, somos, por decirlo así, más atrevidos taponando también la cavidad del útero; mas esta última operación, fácil después de una previa dilatación del conducto cervical, lo es mucho menos y hasta á veces es imposible en las condiciones normales de la matriz. Una vez se crea suficientemente dilatado el conducto y después de una inyección que asegure la limpieza vaginal, se descubre el cuello y se coge haciéndole descender un poco con una pinza de Museux; entonces con un histerómetro se introduce la gasa antiséptica hasta el fondo del útero, y después por medio de una segunda pinza se impide que salga esta gasa y siga al histerómetro en su movimiento de retroceso; cuando la cavidad uterina está ya llena de este modo, se termina el taponamiento llenando también á su vez la vagina. Al cabo de doce horas á lo menos y de cuarenta y ocho á lo más, se retirará el tapón y algunas veces convendrá en una misma sesión reponerlo con uno nuevo, pero siempre con las mismas rigurosas precauciones antisépticas.

El taponamiento de la vagina no presenta ninguna dificultad, siendo necesario también practicarlo con alguna minuciosidad.

Una vez se han vaciado el recto y la vejiga, el médico aplica el espéculum, llena los fondos de saco con una ancha tira de gasa esterilizada, coloca una pequeña torunda en el orificio del cuello del útero y se acaba luego de rellenar la vagina. Se sonda á la enferma mañana y tarde, dejando aplicada la gasa durante veinticuatro horas, y después de haberla quitado, se vuelve ó no á taponar según que la hemorragia continue ó haya

(1) PABLO DALCHÉ.—*Société Médicale des Hôpitaux*, 25 Marzo de 1893.

cesado de fluir. En vez de gasa esterilizada simple, salolada ó yodofórmica, se pueden emplear también, como en otros tiempos, torundas de algodón ó de hilas esterilizadas, de tarlatana engomada (O. Schœffer), ó un pequeño tapón de algodón empapado ligeramente de una solución de *ferripirina* al 1 por 10 y aplicado sobre el hocico de tenca. Pozzi emplea en la metritis hemorrágica un tejido de seda esterilizada ya en simples vendoletes ó en vendoletes amontonados é introducidos en un saco de seda. Este tejido le ha parecido á dicho autor tener notables condiciones hemostáticas comparables á la yesca.

Pero todo método terapéutico puede resultar incompleto si, atendiendo de un modo exclusivo el *tratamiento local*, se descuida el *estado general*, que debe preocuparnos en dos conceptos. En primer lugar, una metrorragia provocada por una afección extragenital reclama cuidados para la enfermedad primitiva tanto como para el síntoma. Por otra parte, una mujer debilitada por pérdidas sanguíneas repetidas que haya permanecido mucho tiempo en cama, preocupada, inquieta, se pone nerviosa, anémica, pierde el apetito y las fuerzas. Es necesario darle una alimentación escogida y tónica, vino, algunos ponches, limonadas vinosas, etc.

5.° **INYECCIONES DE SUERO ARTIFICIAL.** — En los casos de hemorragias graves ó prolongadas, las inyecciones de *suero artificial esterilizado* deben ser consideradas como uno de los más preciosos recursos:

Agua destilada esterilizada	1000 gramos
Cloruro de sodio puro	5 —
Sulfato de sosa.	10 —

Disuélvase.

Nunca recomendaremos demasiado este medio, ya que en varias ocasiones nos ha sido de gran utilidad, y últimamente creemos poder atribuirle la sobrevivencia de una hemofílica.

El *suero* se emplea á una temperatura igual á la de la paciente, ó algo superior, y para introducirlo en la economía, pueden emplearse dos procedimientos: la *inyección intravenosa* ó la *inyección subcutánea*. La inyección intravenosa resulta una verdadera operación pequeña; es necesario descubrir la vena, levantarla (como una arteria cuando se va á ligar) antes de introducir el trocar en el vaso. Las inyecciones subcutáneas en las regiones glúteas, en la parte externa del muslo ó en el abdomen, son mucho menos complicadas, y no exigen en modo alguno instrumentos especiales, que, sin embargo, existen. Basta con una jeringa de gran calibre;

un pequeño aparato (á falta de instrumento adecuado), construído de momento con un embudo de vidrio (ó un bock) al que se adapta un tubo de caucho provisto en un extremo de una aguja de Dieulafoy (todo bien esterilizado), consigue introducir cantidades considerables de suero. El líquido fluye por su propio peso; se necesita, sin embargo, algún tiempo para inyectar 800 ó 900 gramos en una sola sesión; pero, en la mayoría de los casos, no se suele pasar de 200 á 300 gramos y se repite en los días siguientes.

La operación en sí es poco dolorosa; se forma una tumefacción más ó menos difusa, que se malaxa suavemente y desaparece con sorprendente rapidez. Se utiliza también otra solución de empleo muy común:

Agua destilada y esterilizada	1000 gramos
Cloruro de sodio.	7 —

Disuélvase. En inyecciones subcutáneas diarias, á la dosis de 80 á 100 gramos y más.

Estas inyecciones nos han parecido luchar eficazmente contra la debilitación progresiva de las enfermas, del mismo modo que las inyecciones de *glicerofosfatos*, etc.

Una vez cohibida la metrorragia, conviene pensar en evitar su repetición; durante algún tiempo la enferma evitará toda fatiga, combatirá la constipación, cuyos efectos son especialmente perjudiciales, y rehuirá las excitaciones venéreas susceptibles de congestionar los órganos genitales.

III

Indicaciones terapéuticas que derivan de la etiología

1.° ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL. — El asunto que debemos tratar aquí no nos permite entrar en detalles sobre cada enfermedad capaz de provocar metrorragias; pero sin querer abarcar todas las eventualidades y sin inmiscuirnos en otros capítulos, creemos obligación nuestra exponer en este punto cuáles son, de entre todos los procedimientos terapéuticos, los mejores, según los casos generales más conocidos. Por lo demás, á pesar de nuestro deseo, el estudio sería siempre incompleto, ya que en la práctica cotidiana se da con casos algunas veces muy complejos, otras veces muy obscuros.

En las *niñas*, poco tiempo después del nacimiento, en las primeras

semanas, sucede que pueden observarse hemorragias genitales, de las que algunas brotan de la matriz. Parecen depender de una verdadera congestión (ligadura del cordón, dificultad respiratoria, deformidad cardíaca), bastando los *baños tibios* para cohibirlas. Más tarde se observará si la sangre proviene de las granulaciones carnosas muy vasculares que radican alrededor del meato (Comby).

Las pérdidas no se manifiestan únicamente en el intervalo de las menstruaciones (*metrorragia*), sobrevienen también en la época de las reglas (*menorragia*), cuya prolongación y abundancia dejan de ser normales. ¿Conviene detener una *menorragia* y en qué momento se debe intervenir? En tales casos no se puede dudar; una menorragia reclama un tratamiento, cuyas indicaciones derivan de la etiología uterina, ovárica ó extragenital, del mismo modo que una metrorragia, siendo en realidad una sola, pues varios autores se niegan á admitir esta palabra «menorragia» y no ven en el molimen catamenial más que una causa ocasional.

Aparte de la *pubertad* estudiada anteriormente (pubertad, dismenorrea), y sobre lo cual no queremos insistir, se tendrá en cuenta la duración y la cantidad ordinaria del flujo menstrual en la mujer, y casi siempre pasado el quinto día, puede prescribirse sin inconveniente una medicación hemostática. A menudo basta prescribir un baño tibio general. En las mujeres cuyas reglas son simplemente demasiado profusas, sin que exista lesión genital, la *bicicleta* da á veces buenos resultados, con la condición de vigilar la congestión y el dolor útero-ováricos; la práctica prudente, bien dirigida, de esta clase de ejercicio modera ciertas pérdidas y favorece el retorno al estado fisiológico.

La *congestión uterina*, activa ó pasiva, primitiva ó secundaria, preside la génesis de muchas pérdidas, unas metrorrágicas, otras menorrágicas. Algunas hay que debemos respetar, porque alivian á los fenómenos congestivos y hacen el papel de emisiones sanguíneas naturales; existen otras que debemos tratar convenientemente. Mas su tratamiento se confunde de tal suerte con el de la causa, que para más detalles puede verse el capítulo dedicado á la terapéutica de la congestión uterina. Nos limitaremos á mencionar aquí las hemorragias que sobrevienen en las jóvenes *á continuación de las primeras relaciones sexuales*, y que á menudo son confundidas con pequeños abortos. Reclaman un reposo absoluto, baños tibios, irrigaciones vaginales y lavados calientes; conviene sobre todo abstenerse de exámenes repetidos con el espéculum, de tactos frecuentes, y de toda intervención, aun ligera, en la matriz, capaces de entretener los accidentes congestivos que podrían desaparecer espontáneamente.

Las metrorragias de la *mujer adulta* dependen en gran parte de la *metritis*. En las fases agudas, cuando sin ser muy frecuentes observamos que son producidas por la congestión, las irrigaciones calientes duraderas, los enemas calientes, los baños generales tibios remedian los accidentes iniciales. Recordemos que éste es uno de los casos en que el flujo de sangre, lejos de contraindicar las *emisiones sanguíneas*, es moderado y dominado luego por las aplicaciones de sanguijuelas en el cuello ó, á falta de esto, por las escarificaciones. A medida que los fenómenos inflamatorios disminuyen de intensidad, y en tanto que persista el flujo, se podrá recurrir, pero con discreción y observando la susceptibilidad de la enferma, á la digital, la quinina, la ergotina, el hidrastis, etc. La brusca aparición de los dolores exigirá la supresión de estos remedios, ó cuando menos la disminución de su dosis; pero esta aparición de los cólicos es rara, sobre todo cuando la metritis pasa al estado subagudo, luego crónico, y que la endometritis, entonces francamente hemorrágica, apenas conserva algunos síntomas dolorosos. Realmente en este momento es cuando debe pensarse en la oportunidad del *raspado*. Esta operación, muy discutible en gran número de afecciones uterinas, está perfectamente indicada en el caso de una endometritis fungosa que sangra, y que sangra hace ya algún tiempo.

No existe ningún otro tratamiento mejor contra esas pérdidas incesantemente repetidas que se producen uno, dos ó tres meses después de un parto ó de un aborto y que son debidas á la retención en la cavidad de la matriz de pequeños restos cuya presencia de momento no nos hace sospechar su existencia.

Las *desviaciones*, sobre todo la *retroflexión*, van acompañadas de pérdidas que dependen de una congestión sostenida por la posición viciosa del órgano, la dificultad circulatoria, etc., así como de la metritis concomitante. Las irrigaciones calientes, el hidrastis, etc., dan muy buenos resultados; pero, cuando el útero y las zonas vecinas no son demasiado dolorosas, no existiendo neuralgia pélvica, y ofreciendo sobre todo la enferma signos de relajación abdominal, de laxitud de los órganos de la pequeña pelvis, recúrrase á las *irrigaciones frías* y á los *semicupios fríos de agua corriente*.

Toda la serie de medios hemostáticos ha sido agotada contra las metrorragias de los *fibromas;* la ergotina al interior ó por la vía subcutánea resulta uno de los más eficaces. El *gossypium*, el *hidrastis*, el *cannabis indica*, las inyecciones de suero artificial, las grandes irrigaciones pasan sucesivamente del éxito al fracaso, como la *electricidad* y el mismo raspado aconsejado cuando acompaña á los cuerpos fibrosos la endome-

tritis vegetante. Ya hemos indicado anteriormente los buenos efectos que se atribuyen á la *opoterapia tireoidea*, y el taponamiento gelatinado es un poderoso auxiliar.

El *cáncer* del cuello, una de las pocas afecciones en que el punto de origen del flujo sanguíneo es accesible con bastante facilidad, permite emplear tópicos pulverulentos y líquidos, antes que el suero gelatinado, en espera de una operación parcial si no radical, ó cuando la extensión del neoplasma hace imposible una extirpación. Uno de los procedimientos más seguros y más cómodos consiste en aplicar sobre el cuello torundas empapadas de *ferripirina* en solución al 1 por 5 ó impregnadas de ferripirina en polvo.

En el curso de las *flegmasías periuterinas*, observamos con bastante rareza metrorragias, cuya abundancia y duración requieren una terapéutica especial. Las abundantes irrigaciones de agua caliente prolongadas mañana y tarde, durante una hora y más, constituyen el tratamiento por excelencia, puesto que combaten á la vez la causa y el síntoma, mientras que los medicamentos que obran sobre la contractilidad de las fibras lisas pueden exasperar los sufrimientos. El *taponamiento* completo de la vagina tiene, según los casos, las mismas ventajas.

En los *tumores de los ovarios*, las *hemorragias* y las *apoplejías* ováricas, las *ovaritis* quísticas y menstruales, en las que predomina el dolor con metrorragias abundantes é irregulares, la ergotina y sus auxiliares se combinan con el taponamiento simple ó gelatinado. Cuando se presenten sobre todo fenómenos de hiperactividad, de hiperemia ovárica, como en la pubertad por ejemplo, la ergotina, el hidrastis, la digital, etc., prestan grandes servicios; pero el sulfato de quinina, á la dosis de $0^{gr},50$, 1 gramo, $1^{gr},50$, es muy eficaz contra los brotes fluxionarios, sobre todo en las neurópatas y las artríticas. En estos casos de hiperactividad ovárica, como en muchas menorragias sin verdaderas lesiones anatómicas, Schœffer y Freund aconsejan la *estipticina* á la dosis de $0^{gr},05$, cinco á seis veces al día, en tabletas por ejemplo.

Por último, contra esas menorragias dolorosas, se ha preconizado, y con justicia, el empleo del *extracto flúido de senecio vulgaris*, unido al *cloruro de calcio*, que se prescribirá con arreglo á la fórmula ya indicada:

Cloruro de calcio.	4 gramos
Jarabe de opio.	30 —
Agua de tilo.	120 —

H. s. a. poción, que se tomará á cucharadas de sopa cada hora.

El tratamiento de las metrorragias de la *menopausia* ya se indicará más adelante al hablar de los demás accidentes de la edad crítica.

En las *mujeres viejas*, las hemorragias son debidas á la metritis, el cáncer, los fibromas, etc., etc. Cuando el diagnóstico no resulte claro, si subsiste alguna duda, el tratamiento momentáneo de una pérdida consistirá en el taponamiento gelatinado y la administración del cloruro de calcio; todo remedio susceptible de actuar sobre los vasos corre el riesgo de ejercer su influencia en arterias enfermas, y por tanto de ser inútil cuando no peligroso.

2.° ENFERMEDADES EXTRAGENITALES.—Al ocuparnos ahora de las pérdidas que dependen de una *etiología extragenital*, es necesario confesar que sobrevienen hemorragias cuyo verdadero origen es difícil de reconocer, y aun á veces llega á escaparnos, pues no se ha dicho la última palabra sobre la patología de la menstruación y principalmente de la ovulación.

Al estudiar las *falsas uterinas* nos hemos esforzado en dilucidar varios de estos casos dudosos; mas nuestro trabajo resultaría puramente teórico si no insistiéramos sobre la importancia que tiene desde el punto de vista de las indicaciones terapéuticas.

A pesar de una intervención operatoria que parecía apropiada, las metrorragias se repiten ó no logran más que una mejoría momentánea, incompleta; se ha practicado un raspado, por ejemplo, y resulta insuficiente ó de todo punto ineficaz. Es que, aparte del útero, hay otro órgano alterado, otro sistema afecto, que preside la producción de los accidentes, ó los agrava cuando la matriz está ya enferma. El desconocimiento de esta causa extraña al aparato genital, expone á practicar una operación inútil ó á no acompañar una operación necesaria de una terapéutica que complete su acción, porque se olvida un factor del tratamiento. Son de temer, pues, consecuencias ulteriores, complicaciones. No queremos insistir sobre este punto ampliamente desarrollado al tratar de las falsas uterinas: bastará con decir que el tratamiento debe dirigirse á la vez al útero y al órgano causa primera de la afección.

Con todo, antes de intervenir, cabe preguntar con algunos autores como Sneguireff, si algunas metrorragias en las *pletóricas*, las *obesas*, las *cardíacas* son beneficiosas, y «si de suprimirlas no se corre el riesgo de que la sangre busque otra salida, de que resulte forzado el corazón.» Posible es, pero este temor nos atajará rara vez; de todos modos bueno será tenerlo en cuenta. Con mayor frecuencia nos encontraremos con pérdidas que no son alarmantes ni por su abundancia, ni por su duración,

y lo mejor en tal caso es vigilar los acontecimientos y esperar algunos días.

En el comienzo de las *enfermedades agudas*, las *epistaxis uterinas* no exigen apenas tratamiento especial. En las fiebres malignas, escarlatinas, viruelas hemorrágicas, en las ictericias graves, las púrpuras, etc., el médico se limitará frecuentemente al *taponamiento* con el *suero gelatinado* ó *algodón seco;* el estado general ha de preocupar ante todo. Lo propio ocurre en ciertas *enfermedades crónicas* como la leucocitemia, la diabetes, la albuminuria, en las que la génesis de las hemorragias depende tanto de las cualidades de la sangre como de la alteración de los vasos. En el curso del paludismo (agudo ó crónico) el sulfato de quinina resulta á veces el mejor recurso.

Cuando las metrorragias parecen depender de origen extragenital, débese examinar el útero, y caso de comprobar la existencia de la metritis, se cuida ésta al mismo tiempo que se combate la causa extraña al órgano; á veces se encontrará una matriz enteramente sana.

Entre los síntomas ó las enfermedades del tubo digestivo que entretienen ó provocan pérdidas, hemos ya insistido sobre la influencia de la *constipación*. Debe recordarse, para proscribirlas de toda fórmula, que ciertas substancias purgantes, como el áloes, por ejemplo, fluxionan los órganos de la pequeña pelvis. Nos inclinamos á prescribir un polvo muy análogo al de Dujardin-Beaumetz.

Polvo de regaliz.	aa. .	20 gramos
Polvo de hojas de sen.		
Cremor tártaro..	aa. .	10 —
Azufre sublimado y lavado.		
Magnesia calcinada..		

Mézclese perfectamente.—Para tomar con un poco de agua, una cucharada de café antes de cada una de las principales comidas, ó antes de una comida sola, si basta la dosis.

Su acción muy ligera permite continuar su uso en vísperas de las reglas, que resultan en extremo dolorosas en las mujeres habitualmente constipadas ó hemorroidicas.

Los abundantes enemas calientes, constituyendo verdaderas irrigaciones intestinales, producen también muy buenos resultados, sobre todo si la metrorragia sobreviene en una enferma que presenta *enteritis glerosa*. Inyecciones vaginales calientes, lavados intestinales calientes, obran muy bien combinados para combatir las pérdidas.

En las *ptosis abdominales*, el uso de un cinturón hipogástrico requiere una elección minuciosa según la forma y el volumen del vientre.

En el curso de la *litiasis biliar* acompañada de metrorragias, las

infusiones de *boldo,* los *alcalinos,* la *glicerina* y el *éter*, el *régimen* serán sostenidos largo tiempo, á la par que se actuará también directamente sobre el útero.

No existen indicaciones especiales para las *enfermedades del riñón.*

Las pérdidas que subsiguen á *neuralgias uterinas* ó *pélvicas* se tratarán con los medicamentos antineurálgicos, el sulfato de quinina mezclado á la antipirina, el acónito, los bromuros, la revulsión cutánea, los vejigatorios morfinados, etc., combinados con los hemostáticos

En las *enfermedades del corazón,* por su evolución esencialmente crónica, no podemos confiar (Nigel Starck), en el sentido estricto de la palabra, en la curación de los fenómenos uterinos que provocan, y la paciente queda siempre expuesta á futuras recaídas. Pero hemos cuando menos de atenuar los accidentes y calmar los dolores. Más que nunca la enferma deberá permanecer en cama y guardar inmovilidad en cuanto fuere posible; se limpiará el intestino por medio de algún purgante ligero. Howship Dickinson (de Dublín), al notar la coexistencia de un soplo diastólico, ensayó la *digital* contra una metrorragia de una mujer cuyo útero estaba sano: la pérdida cesó. Dickinson aconsejaba las enormes dosis de 15 á 30 gramos. Trousseau y Lasègue se contentaban con 8 gramos. Hemos visto á Gallard prescribir con éxito de $0^{gr},30$ á $0^{gr},60$ de hojas en infusión; se puede combinar á más pequeñas dosis la digital con el *cornezuelo* y el *sulfato de quinina;* se han preconizado también la *nuez vómica* y el *estrofanto.*

Cuando las pérdidas hemorrágicas dependen de la *hipertensión arterial*, Huchard prescribe acertadamente el *opio,* los *sedantes*, los *calmantes,* los *baños calientes.* «Existen, dice, *metrorragias que no apetecen el cornezuelo de centeno;* se agravan no sólo por las preparaciones de dicha substancia y por el frío, sí que también por el empleo de otros agentes vasoconstrictores: sulfato de quinina ó digital.»

En el *ateroma* ó en la *degeneración esclerosa* de las arterias uterinas, el taponamiento es rápidamente necesario, y resulta casi siempre eficaz.

En resumen: las metrorragias de origen extragenital requieren en primer lugar una terapéutica encaminada á combatir la causa primera; está á menudo indicado obrar al mismo tiempo sobre la matriz, y para evitar el uso de preparaciones múltiples y complejas, se puede recurrir á una intervención directa; uno de los mejores medios hemostáticos consiste en practicar el taponamiento con algodón seco, con gasa esterilizada ó con suero gelatinado.

Aparte de estos casos de «astenia» que requieren cuidados de todo punto especiales, las indicaciones generales para la higiene y el tratamiento de la menopausia y de sus accidentes son tales cual los hemos establecido y que podemos resumir así:

La *medicación revulsiva y derivativa* por las emisiones sanguíneas, los purgantes, las aplicaciones locales, ventosas secas, sinapismos.

CAPITULO V

DE LA MENOPAUSIA

I

Introducción

La *menopausia* es la época de la cesación de las reglas.

Esta definición aceptada por los clásicos y basada en la etimología (μην mes, παυσις cesación), merece ser comentada. La suspensión de la menstruación, sobreviniendo de un modo natural y por el simple hecho de la edad de la mujer, es un fenómeno aparente que implica profundas modificaciones en los órganos sexuales. La ovulación ya no se verifica; el útero y los ovarios sufren una evolución que tiende á atrofiarlos, y la supresión de las funciones que tal papel desempeñan, va acompañada de cambios y á veces de trastornos en el organismo entero.

La definitiva desaparición del flujo periódico á que estaba acostumbrada la economía, de gran importancia en sí misma, no es lo único que importa considerar. La *secreción interna del ovario* (Brown-Séquard) deja de efectuarse, la nutrición íntima, las combustiones no siguen siendo las mismas, la química biológica nos lo enseña, y esta nueva fase se establece en el período en que, aparte de toda perturbación genital, comienzan á instalarse de un modo insidioso ó solapado, tanto en el hombre como en la mujer, estados patológicos que aparecen aproximadamente á los cincuenta años.

También la *menopausia* es una etapa de la vida que todas las mujeres ven llegar con tristeza, que muchas no salvan sino á precio de molestias y sufrimientos, y que, en un reducido número afortunadamente, se manifiesta por temibles accidentes.

La *menopausia*, teóricamente considerada, llega cuando la erupción

menstrual ya no aparece; pero, en realidad, los síntomas locales y generales que la acompañan se manifiestan durante un período que varía de algunas semanas á varios años (Barbaud y Rouillard). No es, pues, sin motivo que Tilt la considere dividida en dos períodos. *a*). El primero caracterizado por el decaimiento ó extinción de la función ovárica, á lo que llama época de los desvíos menstruales, comenzaría hacia los cuarenta y cuatro años, para durar dos años y tres meses; este término es con mucho demasiado absoluto. Este período constituye la época patológica de la menopausia. *b*). El segundo período se caracteriza por supresión definitiva de las reglas, restableciéndose la salud quebrantada en el primero. La última afirmación es muy discutible y nos ocuparemos de ella más adelante; pero la división establecida por Tilt merece ser conservada, puesto que responde á hechos perfectamente averiguados. Los accidentes de la menopausia pueden comenzar mucho tiempo antes de la supresión de las reglas, y es cierto también que pueden continuar largo tiempo después.

No hay ninguna necesidad de exagerar los peligros, pues fuera llevar la cosa con harto rigor, si no con crueldad, preguntar con Raciborski á toda mujer que se crea vieja tempranamente, es decir, pasada la edad de los cuarenta años, si aspira á tener una vejez tranquila. Sin pecar por exceso de precauciones y cuidados preventivos, á que tendían ordinariamente muchos autores de siglos pasados y cuyo primer efecto era indudablemente aterrorizar á las desgraciadas, no hemos de olvidar que la época de la menopausia conviene ser vigilada desde el punto de vista higiénico y terapéutico, pues si bien no siempre se trata de un estado morboso, puede muy bien acontecer que seamos llamados á dar un consejo ó prescribir una norma de conducta.

1.° RESUMEN HISTÓRICO.—La menopausia ha preocupado en todos tiempos grandemente á los médicos; pero al lado de reflexiones muy acertadas y de consejos muy prudentes, los profesores antiguos, dejándose llevar de las opiniones de su época y efecto de las nociones incompletas que se tenían de fisiología y patología, emitían ideas realmente extrañas ó participaban de algunos prejuicios. Quizás más tarde se dirá lo mismo de nosotros.

En la antigüedad, en que la afición por lo maravilloso y extraordinario (Barié) hacía depender el flujo catamenial de ciertas observaciones astrológicas, el estudio de la menopausia, como se comprende, carecía de precisión. Después, dejándose llevar cada uno de sus gustos y puntos de mira favoritos, consideraban esta fase de la vida desde puntos de vista especiales. Así es que mientras uno temía las consecuencias morbosas

que ocasiona en todo el organismo la supresión de las reglas, otro se extendía en largos detalles acerca la terapéutica que por mucho tiempo había que prescribir, no faltando quien se remontase á establecer consideraciones filosóficas y morales sobre el papel que hace desempeñar á la mujer dentro de la familia y en la sociedad esa época de la vida.

Nada más curioso que pasar en revista las diversas apreciaciones acerca el nuevo papel que se atribuye á la mujer cuando deja de ser joven.

El viejo Hipócrates no peca por cierto de galante: «...*mulieres deformantur et hirsuti funt et virilem habitum contrahunt.*»—«Se tornan bruscas y adquieren rasgos fisionómicos varoniles.»

Otros autores declaran sin ambages á esas desgraciadas que ha sonado para ellas la hora de la retirada. Por el contrario, muchos tratan de desvirtuar la crueldad de la frase atenuándola con palabras halagadoras, pues «si los sentidos se embotan, las pasiones se debilitan y diversas facultades, tales como el juicio y el discernimiento, alcanzan su mayor desarrollo.»

Más tarde otros salieron en defensa de la mujer: «La mujer que ha tenido hijos, dicen, y que se ha desvelado por ellos, satisfecha entonces de haber llenado los penosos deberes que la naturaleza le impuso, le corresponde disfrutar en silencio de los sagrados derechos que se ha conquistado á la estimación pública y á la amistad sincera de todos los que la rodean. Es propio tan sólo de los pueblos bárbaros el mostrarse inhumanos con las mujeres que han llegado á esa edad» (1). Ese autor escribió en el año décimotercio de la República y tuvo ocasión de leer á J. J. Rousseau y á sus discípulos. Su estilo sorprende un tanto, pero sus ideas son excelentes.

Y no faltan tampoco admiradores. «Esta preciosa criatura gana en lo moral todo lo que pierde en lo físico, su amistad adquiere energía y estabilidad y las mujeres de ingenio y de educación esmerada conservan todavía medios de seducción, especialmente para los filósofos, que atienden más al elemento moral que al físico; esas mujeres llegan sin gran detrimento al cuarto período de la vida y son todavía simpáticas en la vejez» (2).

Esto es rigurosamente exacto. La mujer conserva en todas las épocas de su vida muchos encantos, y la prudencia, bondad é indulgencia que caracterizan á la anciana amable, nos inspiran á todos la veneración por la abuela. Sin desatender el punto de vista moral y filosófico de la menopausia, podemos hoy día analizarla más científicamente que no lo hicieron nuestros predecesores. Nuestras ideas se apoyan sobre bases cada vez más sólidas, gracias á los inmensos progresos realizados en fisiología y patología.

(1) Enrique Lamaze.—*Essai sur la cessation du flux menstruel* (Th. de París, año XIII).
(2) La Gérocomie.—*Du troisième âge des femmes ou de leur automne*, 1807.

La extirpación quirúrgica de los ovarios, á propósito de la cual hemos estudiado los accidentes de la *menopausia operatoria* ó *artificial*, nos ha permitido también compararlos con los de la *menopausia natural*, atribuyendo de este modo á su verdadera causa ciertos fenómenos cuya índole no lográbamos discernir. En esos últimos años, la doctrina de Brown-Séquard acerca de las secreciones internas de los órganos aplicada al ovario, ha sugerido ideas muy luminosas y del mayor interés acerca de los trastornos que pueden resultar de la supresión de esta función hasta entonces desconocida; y trascendiendo de la fisiología á una racional terapéutica, ha dado origen á un tratamiento nuevo, la *opoterapia ovárica*.

Aunque la teoría de Brown-Séquard y las consecuencias que de ella derivan en terapéutica no han quedado perfectamente sentadas, en términos de ofrecer todavía algunas dudas todos sus detalles, es lo cierto que revisten todos los caracteres de una hipótesis altamente seductora, y por lo menos ha prestado el gran servicio de habituarnos á prescindir algo de esa *plétora* que durante tanto tiempo ha servido ella sola para explicarlo todo, empleando términos realmente algo vagos y confusos. Pase todavía la denominación de *plétora sanguínea*, por ser la causa de una parte de los accidentes, pero no de todos ellos. Mas la frase *plétora nerviosa*, si bien se adivina lo que significa la expresión, no es adecuada ni exacta, y sobre todo se pretende englobar en ella cosas muy diferentes.

De los trastornos nerviosos que se observan en la menopausia podemos hoy día separar perfectamente toda una serie que depende de la *neurastenia*. Muchos de esos trastornos han de atribuirse más bien á los disgustos, pesares é inquietud de la mujer que se siente envejecer, que á la desaparición del flujo menstrual y de las funciones ováricas.

Es posible que se haya insistido demasiado acerca de esta patología nerviosa, mientras que se han pasado muy por alto los demás estados morbosos. Su importancia es grande, esto es innegable, pero nos esforzaremos también en hacer constar lo que los estudios contemporáneos han demostrado acerca la patología general de la menopausia.

II

Edad crítica

Que las mujeres muestren cierta aprensión á la aparición de la *menopausia*, nada tiene de particular; mas sus temores se basan principalmente en las ideas corrientes sobre las funciones menstruales. Hoy día aún,

merced á la influencia de teorías mal comprendidas por el vulgo, se cree comúnmente que las reglas son «un emunctorio natural de productos malsanos,» creencia ésta que, si encierra parte de verdad, es interpretada á su manera por las personas que desconocen los asuntos de patología: la reabsorción del flujo catamenial es causa, según ellas, de multitud de afecciones.

Durante mucho tiempo, los mismos médicos, imbuídos de esta opinión, rivalizaban con las enfermas, ó que se tienen por tales, en alimentar su terror respecto de esa época temible.

Así, la *menopausia* era llamada *edad crítica*, y menos frecuentemente *edad climatérica* ó *edad madura*.

Después sobrevino una reacción en proporciones tan excesivas, que verdaderamente se exageraron los términos, llegándose á considerar la edad de los cincuenta años más crítica para los hombres que para las mujeres.

En sentir de Fothergill (de Pinel), algunas mujeres parecen recobrar en la menopausia nuevo vigor; y Desormeaux pretende que el cúmulo de fuerzas de los demás órganos aumenta á expensas de las del útero, que ya cesa de tener vida propia é influencia en el organismo. Las mujeres adquieren un fondo ó elemento de vida inagotable y en muchas de ellas la menopausia inicia un período de mejor salud.

Los autores de la Gerocomia sostienen una opinión que no deja de ser á lo menos original: «El año en que cesa el derrame ó flujo menstrual puede ser considerado como un año climatérico septenario, es decir, que las mujeres que pasan de esta época, al igual que los hombres que han alcanzado ya los sesenta y tres años, es muy probable que lleguen á una edad muy avanzada, si tienen cuidado en compensar esta secreción aumentando las otras, y evitando la plétora que pudiera provocarles un ataque de apoplejía sanguínea.»

Los datos contenidos en los escritos de Lisfranc, Constant Saucerotte, Lebert, Duparcque, así como en las estadísticas de Leudet, dieron á esta opinión un carácter más científico, demostrando que la mortalidad debida á las afecciones uterinas y particularmente al cáncer uterino, es menor de los cuarenta y cinco á los cincuenta años que de los treinta á los cuarenta.

Sin incurrir en ninguna exageración, bien podemos afirmar que no conviene considerar la menopausia como un período de la vida que no deba inspirar ningún cuidado.

Efectivamente, no deja de tener sus consecuencias la supresión más ó menos rápida de la menstruación y de las funciones ováricas, que tan importante papel desempeñan en la vida de la mujer. Por otra parte, como

ha hecho observar Gallard, existe por lo menos una coincidencia entre la «edad crítica» y la aparición de enfermedades serias que comienzan ordinariamente á los cincuenta años.

La experiencia de todos los tiempos no debemos, en verdad, despreciarla, y ella nos enseña que la menopausia es una época que exige siempre nuestra atención y á menudo también nuestros cuidados.

III

Consideraciones generales acerca de la etiología, la patogenia y la anatomía patológica

1.° EDAD MEDIA DE LA MENOPAUSIA.—No nos detendremos en exponer las estadísticas, que se encuentran por lo demás en todas partes, para demostrar cuál es la edad media *exacta* de la menopausia en los diversos países, y desde el punto de vista clínico y terapéutico que hemos escogido y que consideramos con mucho el más importante, no nos parece que tenga mucho interés el acumular pruebas y datos para llegar á establecer que la parisiense está reglada durante treinta años, ocho meses y siete días; la habitante de las Sables-d'Olonne treinta años, once meses y doce días, y la noruega treinta y dos años, diez meses y trece días (Raciborski).

En la generalidad de los casos, desaparecen las reglas en las francesas entre los cuarenta y cinco y cincuenta años.

La identidad en los términos ha sido causa de algunos errores. Daubenton fijaba la edad madura de los cuarenta y cinco á los sesenta y cinco años, entendiendo por tal el período que media entre el vigor de la edad y la vejez, y no la menopausia. Del mismo modo Hallé dividía la edad adulta en tres etapas: 1.° edad adulta inicial, de los veinticinco á los treinta y cinco años; 2.° edad adulta confirmada, de los treinta y cinco á los cuarenta y cinco ó cincuenta años; 3.° edad adulta decreciente, de los cuarenta y cinco ó cincuenta á los sesenta ó sesenta y cinco; «es la edad, añade él, en que la facultad de engendrar desaparece en la mujer y se debilita en el hombre.» Esta última afirmación peca ciertamente por exceso, pues si bien la potencia generatriz desaparece, en efecto, en la mujer entre los cuarenta y cinco y sesenta y cinco años, no es necesario prolongar el límite hasta los sesenta y cinco años.

Nosotros seguiremos creyendo que la menopausia sobreviene en la época normal, cuando se manifiesta entre los *cuarenta y cinco y cincuenta años*.

2.° **INFLUENCIA DEL CLIMA, DEL MEDIO SOCIAL Y DE LA HIGIENE.**— En la terminación de la vida genital, vemos influir también ciertos elementos, cuya acción sobre la pubertad hemos ya estudiado, y son: el *clima*, el *medio social* y la *higiene*.

Aparte de esos diversos factores etiológicos, la mujer que ha tenido sin accidentes varios embarazos conserva la menstruación mucho más tiempo. Así también parece admitirse hoy día, si es que no está desmostrado, á pesar de la multitud de opiniones contradictorias y de interminables discusiones, que la mujer continúa mucho más tiempo reglada cuanto más precoz ha sido su pubertad; la opinión contraria, hemos de decirlo, se ha sostenido largo tiempo.

En efecto, por otra parte encontramos datos en contra de aquella proposición que se apoyan en numerosas estadísticas. En las comarcas meridionales la menopausia parece más prematura, pero también la pubertad se cree ser más precoz en las jóvenes de esos países, conforme hemos dicho ya en otro lugar. ¿Cómo, pues, se compagina este hecho con la ley enunciada anteriormente?

Fáltannos documentos y datos irrefutables que nos serían de grande utilidad en este asunto: «En los países tropicales, las mujeres envejecen no á los veinte años, como ha dicho Montesquieu, sino á los treinta ó treinta y cinco.» En términos generales cabe admitir esta suposición, pero no debe olvidarse que la *menopausia* y la *vejez* no son una misma cosa: una mujer puede parecer vieja, ajada antes de tiempo, con los cabellos blancos y rasgos descompuestos, y conservar sin embargo la menstruación. Todos hemos visto ejemplos de esta clase, y no sabemos de un modo cierto á qué edad desaparecen las reglas en las mujeres de las diferentes razas que viven en los países tropicales.

Convendría saber también qué es lo que le acontece á la europea que se traslada á los climas ecuatoriales, á la blanca que nace en esos países y á la mujer indígena; podemos dar por casi seguro que se observarían notables variaciones de lo que se tiene por común ú ordinario. Y este es un vacío que está todavía por llenar.

En las poblaciones del Norte, por el contrario, la menopausia tarda más en aparecer.

En todas las clases de la sociedad se observan diferencias de consideración entre las personas que viven en un mismo medio social respecto de la edad en que cesan las reglas. Con todo, si se atiende á la generalidad ó conjunto de los individuos, se verá que las buenas condiciones higiénicas retardan á menudo la aparición de la menopausia del mismo modo que favorecen la de la pubertad. La mujer rica, que vive feliz

y en la abundancia, conserva por lo general las apariencias y los privilegios ó gracias de la juventud más que la mujer de la clase obrera, sujeta á privaciones, á la fatiga y á la miseria, persistiendo en ella mucho más tiempo la menstruación.

Pero todos estos motivos no llegan á explicar los casos de *menopausia* singularmente *precoz* que se refieren todavía con bastante frecuencia, á los treinta y cinco, treinta, veintiocho y hasta menos años; algunas veces se ha atribuído esto al *artritismo*.

Sin negar la posibilidad de estos casos independientemente de todo estado patológico, todo induce á sospechar que en cierto número de ellos existen algunas lesiones difíciles y hasta imposibles de diagnosticar. Las enfermedades de la ovulación, en particular, distan mucho de ser bien comprendidas.

Otro tanto puede decirse de las *menopausias tardías,* que no se han visto comenzar hasta los cincuenta y cinco, sesenta y cinco (Courty), setenta, ochenta y cien años (?) (Blancard), cuyo estudio fuera igualmente interesante. Désormeaux, tomándolo de Hércules Saxonia, refiere la historia de una religiosa en la que se restableció el flujo á los cien años, continuándole por espacio de otros tres. Este ejemplo nos demuestra que hemos de descartar lo que sea pura leyenda. Pero existen otros casos bien precisados é indiscutibles que son verdaderamente interesantes. ¿A qué son debidos? Ya Astruc desconfiaba de esas prolongaciones menstruales y pretendía que provenían de enfermedades del útero. Es indudable que muchas de esas pretendidas reglas no son más que metrorragias patológicas. Mas si la sangre continúa fluyendo todos los meses, sin intervalos de suspensión, y esto durante varios años; si sobreviene uno de esos embarazos tardíos en una edad en que es tan difícil creer en él, es preciso reconocer que los ovarios no han cesado en sus funciones. Nosotros conocemos bien algunos hombres privilegiados que conservan la potencia generatriz y lo demuestran hasta una edad muy avanzada; así también existen algunas mujeres que son jóvenes por mucho tiempo.

La ovulación no se extingue siempre con las últimas reglas; dormita, por decirlo así, un espacio de tiempo más ó menos largo, y cae en un estado de torpeza antes de desaparecer. A veces vuelve á despertarse, y después de un período de amenorrea absoluta, una nueva ovulación (Puech) provoca el retorno de la menstruación, fenómeno éste que se reproduce con regularidad los meses siguientes como en la época de la vida genital. Esta reaparición del flujo periódico, que Gallard ha visto sobrevenir á consecuencia de una excitación amorosa, y que puede ser debida á otras influencias, va seguida de embarazos del todo imprevistos.

3.° **EMBARAZOS TARDÍOS.** — Los fenómenos señalados y las ideas reinantes acerca la concepción en el curso de la amenorrea (punto ovular, ausencia de la menstruación, reglas blancas), vienen en nuestro auxilio para explicarnos ciertos casos capaces verdaderamente de comprometer á todos, incluso á los propios médicos. Se trata de mujeres que hace ya varios años han pasado la edad de la menopausia, sin que desde entonces hayan tenido ningún flujo hemorrágico por las vías genitales, y luego aparecen embarazadas. Esos *embarazos tardíos* faltando la menstruación los han observado Puech, Lemoine, Renaudin y Deshayes, seis, tres, diez y dos años respectivamente después de la cesación de las reglas.

Si ese embarazo se manifestase pocos meses después de la menopausia, podría alegarse que no es fácil distinguir esta menopausia de una amenorrea sintomática. En todos los tratados clásicos se citan casos de enfermas, sobre todo neurasténicas ó histéricas, que hacia los cuarenta y cinco ó cincuenta años han presentado una supresión brusca y definitiva de las reglas á consecuencia de un susto, de una emoción ó de un traumatismo. Uno de nosotros ha tratado á una señora que estuvo siempre bien reglada, sin que ningún trastorno anunciara la proximidad de la edad crítica, cuando á los cuarenta y ocho años experimentó una desgracia encontrándose en el período menstrual. La sangre se detuvo de repente, sin reaparecer más, y sin que le resultase de esto ningún accidente.

4.° **CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS.** — Así como la *ablación quirúrgica de los ovarios* provoca la *menopausia*, también aceleran su aparición las enfermedades que alteran el parénquima ovárico, comprimen ó destruyen los elementos nobles y detienen el trabajo de ovulación. Entre estas afecciones merecen citarse en primer lugar las *ovaritis* agudas ó crónicas. «Puede atribuirse (Cornil y Ranvier) á una ovaritis intersticial crónica, la formación del tejido fibroso duro y consistente que se forma á consecuencia de congestiones ováricas repetidas y de la evolución retrógada de los folículos de de Graaf.» Es posible también que ciertos trastornos y enfermedades de la *ovulación* que se acompañan de una *hiperemia intensa* (que llega á veces hasta la *apoplejía* del ovisaco) favorezcan la evolución de esa ovaritis intersticial; en muchas enfermas la menstruación es siempre dolorosa y difícil, lo que no podemos atribuir más que á una ovulación defectuosa. Por su repercusión sobre el ovario es que los *puerperios graves* influyen en la aparición de la menopausia.

Lancereaux consigna que un órgano irrigado por una arteria cuyo calibre esté disminuído por el *ateroma*, tiende á atrofiarse. Y en efecto, la degeneración ateromatosa de las arterias útero-ováricas es muy frecuen-

te en la menopausia. Barié la ha comprobado en varias autopsias; pero como al mismo tiempo encontró el ateroma de numerosos vasos, deduce de ahí que la atrofia rápida del útero y de los ovarios no podría explicarse por este ateroma, puesto que los demás órganos no experimentan una modificación análoga. Esto no constituye una verdadera razón, pues en los ateromatosos de lesiones vasculares diseminadas es posible que sólo se encuentre una nefritis atrófica por ejemplo. Nos limitaremos á recordar aquí que la esclerosis del ovario se manifiesta de ordinario en el curso del ateroma y de la arterioesclerosis generalizada, apresurando por consiguiente la desaparición de las funciones menstruales. Ya antiguamente invocaba Haller la extrema rigidez de los vasos uterinos que los hace impermeables para la sangre, y Astruc la desecación y endurecimiento de la matriz y de los vasos.

Numerosas son las causas que entran también en juego para adelantar la época de la menopausia; solamente las enumeraremos. Son: las *enfermedades infecciosas*, la *obesidad*, la *diabetes*, todas las *enfermedades crónicas* y las *caquexias*, *tuberculosis*, *saturnismo*, *paludismo*, *alcoholismo*, *enfermedades de los riñones*, del *hígado*, etc.

Insistiremos algo más sobre las *enfermedades del corazón*. «En la estrechez mitral pura, dice Durozier, para las mujeres regladas antes de los catorce años y medio, la edad media de la menopausia es á los cuarenta y un años y seis meses, y para las que se les presentan las reglas después de los catorce años y medio, á cuarenta y un años y cinco meses. Tanto si es precoz ó tardía la instalación de las reglas, la menopausia sobreviene en la misma época y es siempre prematura.

»Cuando hay estrechez mitral con reumatismo, la época regular de la menopausia es á los cuarenta y dos años y seis meses.

»En la estrechez con insuficiencia mitral, para las mujeres regladas antes de los catorce años y medio, la menopausia sobreviene á los treinta y cinco años y cinco meses, y en las que tienen las reglas después de los catorce años y medio, á treinta y ocho años y siete meses. Reuniendo todos los casos, se observa que el término medio es á los treinta y ocho años, menopausia singularmente precoz.

»En la insuficiencia mitral, la edad de la menopausia se retarda considerablemente, pues es á los cuarenta y cuatro años.

»Si existe una lesión combinada mitral y orificio aórtico, la edad media de la menopausia es á los cuarenta años y medio.

»Siempre que entre en juego una lesión mitral, tardan en establecerse las reglas y la menopausia es precoz.

»En la estrechez con insuficiencia aórtica, la edad media de la meno-

pausia es á los cuarenta y siete años y seis meses, siendo distinta por consiguiente de la edad que se presenta en la lesión mitral. En estos casos, hay instalación precoz de las reglas y menopausia tardía.

»En los casos de clorosis, el término medio resulta ser á los cuarenta y seis años y ocho meses.

»Para los diversos estados en que no existe una lesión clara del orificio ni reumatismo, cuarenta y cinco años y seis meses.

»Los mismos estados con reumatismo, cuarenta y cinco años.

»Cuando hay insuficiencia de la tricúspide, en la mayoría de los casos se observa la menopausia entre los cuarenta y cinco y los cincuenta años (ocho casos); en dos casos se presentó antes de los cuarenta y cinco y en otros cuatro después de los cincuenta años. En la generalidad de los casos á los cuarenta y cinco años.

»Tenemos, pues, que la menopausia es precoz siempre que exista la afección mitral, y normal ó retardada cuando ésta no exista. En las lesiones del orificio aórtico, el retardo de la menopausia es considerable.»

Esta última afirmación no nos parece rigurosamente exacta. Durozier desconocía el papel que desempeñan las diversas degeneraciones arteriales de la mucosa uterina en la patogenia de las metrorragias. Las lesiones del orificio aórtico de una enferma de cincuenta años son de origen ateromatoso y si esta mujer continúa presentando flujos hemorrágicos por las vías genitales, las más de las veces proviene la sangre de una pérdida causada por el ateroma ó la esclerosis de las arterias uterinas, más bien que de una menstruación que persiste gracias á una menopausia tardía. Sea mitral ó aórtica, la cardíaca ve desaparecer sus reglas tempranamente, y si observamos en ella algunas pérdidas sanguíneas después de la edad media de la menopausia, debemos desconfiar, pues son seguramente patológicas. Ya volveremos á ocuparnos más adelante de este punto.

5.° **MODIFICACIONES ANATÓMICAS.** — No entra en nuestros propósitos analizar detalladamente las *modificaciones anatómicas* que sufren los distintos órganos; bastará indicar muy brevemente que en la edad de la menopausia se atrofian las *glándulas mamarias* y los *labios* se marchitan. El *ovario* se atrofia, disminuye su vascularidad y las paredes de los ovisacos se engruesan y tornan fibrosas; al mismo tiempo se atrofia también el cuerpo del *útero*, reduciéndose la luz del conducto cervical y hasta á veces se oblitera, las *arterias útero-ováricas* sufren muy frecuentemente la degeneración ateromatosa.

6.° PATOGENIA.—Cuánto más interesante no fuera para nosotros el estudio de la *patogenia* de los accidentes de la menopausia, si pudiéramos descubrir sus secretos y dar de cada uno de ellos una verdera y exacta interpretación. Ensayemos por lo menos un esbozo siquiera haya de pecar forzosamente de incompleto. Pero ¿cómo establecer una *fisiología patológica* indiscutible, si todavía la *fisiología normal* no es del todo conocida ni dilucidada?

La *plétora sanguínea* desempeña un papel que no es posible negar. Cada mes, desde la época de la pubertad, la economía estaba acostumbrada á una pérdida sanguínea más ó menos abundante, y de repente queda suprimido este flujo periódico. Algunas veces después de la supresión de las reglas, se manifiesta de vez en cuando un molimen catamenial imperfecto, un débil trabajo de ovulación que no llega á convertirse en una verdadera erupción menstrual (embarazos tardíos, reglas blancas, etc.). Entonces se operan movimientos fluxionarios en las épocas en que se manifestaban antes las reglas, las que repercuten sobre diversos órganos.

Desde la más remota antigüedad, en tiempo de Hipócrates y seguramente antes que él, se ha considerado impura la sangre de las reglas y, según las épocas, se creía que era un medio de eliminacion de las materias morbíficas, de los humores pecantes, de los principios ó elementos nocivos ó perjudiciales que hoy día denominamos toxinas. El nombre poco importa, pero es lo cierto que al flujo catamenial se le atribuyen por muchos autores *funciones de emunctorio*. La supresión de esa forma de depuración del organismo ocasionaría una retención de productos capaces de adulterar la economía, y si se considera la importancia que tienen las intoxicaciones autógenas ó exógenas en la patogenia de la arterioesclerosis, por ejemplo, no puede extrañar que la menopausia esté clasificada en la etiología de las degeneraciones arteriales.

¿El estudio del *quimismo respiratorio* no vendría en cierto modo á apoyar esta hipótesis acerca la suspensión de las funciones de emunctorio? Cierto que Alberto Robin y Binet no han practicado análisis referentes á la menopausia, limitándose á establecer que durante las reglas se exageran los cambios respiratorios: la menstruación hace aumentar la cantidad de ácido carbónico producido y de oxígeno consumido; el oxígeno absorbido por los tejidos decrece generalmente. Pero mucho tiempo antes que ellos, Andral y Gavarret habían demostrado que en el momento de la menopausia aumenta la eliminación del carbono por el pulmón; *durante la vida genital una parte de ese carbono se elimina con la sangre menstrual.*

No nos detendremos en examinar la *plétora nerviosa* de Raciborski (*nervosismo* de Bouchut, *estado nervioso* de Sandras), pues si apenas se

acierta en dar con los motivos de la denominación, es, como se comprende, más difícil de explicar su significación patogénica. No es, pues, aventurarse mucho decir con Depaul y Gueniot «que la cesación de las funciones ováricas determina consiguientemente mayor nervosidad,» ó bien comparar esta plétora, como hace Raciborski, á la aspermacia de los ancianos. En realidad, los trastornos nerviosos dependen de muy distintas causas, gran número de las cuales no corresponden á la *plétora;* antes al contrario dependen de la *astenia* y de la *neurastenia*.

¿Cuáles son entre los diversos accidentes propios de la menopausia los que dependen de la desaparición de la *secreción interna?* Para apreciar ó conocer los trastornos que determina la supresión de esta función recientemente sospechada, convendría ante todo precisar bien la acción fisiológica que ejerce el jugo ovárico durante la vida genital. Hoy por hoy no hemos pasado todavía de las hipótesis, estando por dilucidar la acción fisiológica indicada, pues los datos que poseemos se refieren á la acción terapéutica de este jugo ovárico en las mujeres que ya no tienen las reglas.

Por vía de analogía, nosotros intentamos deducirla de su papel biológico desde la pubertad á la edad crítica; pero esta cuestión es más propia y corresponde mejor al capítulo de la opoterapia ovárica. Por ahora nos limitaremos á considerar esta secreción interna como «necesaria para el funcionamiento regular del organismo femenino;» esta frase queda un tanto vaga, pero cuando la comentemos más adelante habremos de reconocer que no se tiene ninguna prueba cierta del modo como interviene la secreción ovárica. Cuando cesa, Hertoghe (de Amberes) se inclina á admitir que su función se suple por otra glándula, quizás la *tiroide*, y Blondel cree que en los niños está reemplazada por el *timo*.

Sea cual fuere la patogenia de los accidentes de la menopausia, se observan sobre todo en las mujeres predispuestas por una tara anterior ó hereditaria: manifestaciones nerviosas en las neurópatas, exageración de los trastornos gástricos en las dispépticas, etc.

IV

Semiología

1.° CONSIDERACIONES GENERALES.—La exposición de los fenómenos que acompañan á la menopausia se ha considerado siempre como un asunto muy delicado y difícil de tratar; y por lo que á nosotros toca, no abriga-

remos nunca la pretensión, por más esfuerzos que hiciéramos, de querer abarcar todos los puntos que deberían ser objeto de muy diversas consideraciones.

Al llegar á la *pubertad*, la niña que se convierte en mujer sufre una metamorfosis en su físico, en su espíritu, en todo su ser; del mismo modo la mujer cuando entra en la *menopausia* experimenta verdaderos cambios, que trascienden no sólo á todo su organismo, sí que también modifican sus ideas, sus deseos, sus pensamientos más secretos y hasta á veces sus afectos.

Si bien la gran mayoría de las mujeres aceptan lo que es inevitable sin causarles pena ó disgusto, otras no saben resignarse á su suerte, y en algunas ciertamente debemos atribuir á *trastornos psíquicos* las manifestaciones que nos sorprenden. Desde el punto de vista físico é intelectual, el terreno que pisamos se halla casi siempre «entre los límites del estado fisiológico y del estado patológico» (Raciborski). Por esto en todos tiempos los filósofos y los moralistas han rivalizado con los médicos en la tarea de reunir datos y observaciones y de dar los consejos pertinentes. Nosotros vamos á considerar la cuestión principalmente desde el punto de vista médico.

Algunas menopausias pasan casi desapercibidas. Nosotros conocemos mujeres que han visto desaparecer sus reglas bastante bruscamente sin que las ocasionara ninguna molestia ó sensación penosa. En otros casos, los síntomas son tan poco acentuados que apenas puede dárseles el nombre de molestias, y las pacientes no quieren ser tenidas por enfermas. Estas son las felices menopausias, que no son por cierto las más frecuentes. Es raro, en efecto, que se verifique la transformación sin que provoque por lo menos algún pequeño accidente uterino, pérdida, leucorrea, ó algún trastorno momentáneo del estado general ó de un órgano distinto del aparato genital.

Barbaud y Rouillard, en su interesantísimo estudio de la menopausia, distinguen acertadamente entre la menopausia de la mujer del *pueblo* y de la mujer de *mundo* ó de *posición social*. En la mujer del pueblo, dicen ellos, la desaparición de las reglas no es causa, por lo común, de pena ni sufrimientos, sino todo lo contrario; y cuando sufre, sus dolores son verdaderos y los precisa perfectamente. La mujer de mundo más inteligente, más neurópata, no está más expuesta á los dolores físicos que la otra; en cambio, los siente quizá en mayor grado, se preocupa y á veces los exagera. Sufre mucho más también por lo que ella llama su decadencia y se esfuerza en conservar la ilusión y atractivos de la juventud, echando mano entonces de los afeites y cosméticos. Su carácter se

vuelve irritable. «Es la edad de las suegras,» escriben los autores citados, compadeciéndose de ellas. No dicen si el humor de la suegra cambia cuando la menopausia ha terminado.

¿Podemos ensayar una clasificación de los fenómenos y accidentes que hemos de describir?

La antigua división en plétora sanguínea y plétora nerviosa no nos parece suficiente; y por otra parte, tal ó cual manifestación cardíaca ó dispéptica, por ejemplo, no podría calificarse de congestiva ó de nerviosa. Aparte del elemento fluxionario ó neuropático, entran, como ya hemos dicho, otros factores etiológicos en escena. Pero el papel que desempeña cada uno de esos distintos factores nos es desconocido, de modo que es imposible establecer una clasificación basada en la patogenia; nos vemos, pues, obligados á reunir ó agrupar los fenómenos que presentan alguna analogía sin que tengamos la seguridad de que dependan de la misma causa.

De esta manera formamos los siguientes grupos:

A.—Fenómenos menstruales caracterizados por la disminución, exageración ó irregularidad del flujo catamenial.

B.—Fenómenos fluxionarios.

C.—Fenómenos nerviosos: *a*) asténicos, hiperesténicos, plétora nerviosa; *b*) asténicos, neurasténicos.

D.—Estados concomitantes en los que es difícil determinar lo que proviene de la supresión de las reglas: *a*) pérdidas periódicas; *b*) secreción interna; *c*) funciones de los emunctorios, teniendo en cuenta también la coincidencia de la edad. ¿Ciertos estados patológicos dependen directamente de la menopausia, ó bien su aparición ha sido únicamente favorecida ó precipitada en personas ya predispuestas por las modificaciones que acompañan á la desaparición de las reglas?

Estas son otras tantas cuestiones que no podemos hacer más que exponer sin intentar resolverlas.

2.° MENOPAUSIA QUIRÚRGICA.—En estos últimos años, el estudio de la *menopausia artificial* ó *post-operatoria* ha contribuído eficazmente á dilucidar varios puntos un tanto obscuros y dificultosos. La brusca aparición de trastornos determinados á consecuencia de la ablación de los ovarios nos ha permitido compararlos con otros trastornos menos precisos, claros y acentuados que se manifiestan por intervalos en el curso de la menopausia natural. Este estudio tiene para nosotros el valor de una experiencia fisiológica, y comenzaremos su exposición en la forma conocida en Francia por los trabajos de Lissac y sobre todo de Jayle. No vayamos á creer por

esto que después de la extirpación de los ovarios todas las castradas presentan fatalmente en un orden riguroso una serie de síntomas inevitables y siempre los mismos. Los trastornos post-operatorios varían indefinidamente según la edad de las enfermas, sus predisposiciones naturales y otras causas que escapan á nuestra consideración; en algunas mujeres esos trastornos no existen ó apenas se señalan. Pero refiriéndonos á la generalidad de los casos, los hay que se presentan con mucha mayor frecuencia y nosotros vamos á seguir paso á paso, aunque resumiéndola, la descripción de Jayle, la mejor y más completa que existe.

Llamaradas ó ráfagas de calor. —Súbitamente, por modo brusco y rápido, la enferma experimenta una sensación de calor que invade toda una porción de su cuerpo, á la manera de una erupción. Esas ráfagas de calor que sobrevienen sin causa apreciable ó á consecuencia de una sorpresa, golpe, etc., se localizan en una región del cuerpo ó son generales. Unas veces son vivas en términos de resultar molestas y penosas, otras veces son más fugaces y transitorias, reapareciendo de una manera muy irregular. Cuando se localizan en la cara, son capaces de provocar trastornos de la vista, zumbidos de oídos y desvanecimientos.

Muy frecuentemente terminan por *crisis de sudores*, generales ó parciales, las que pueden sobrevenir también aisladamente.

Accesos congestivos.—No es únicamente en la cara y en los tegumentos donde se manifiestan los accesos congestivos; el movimiento fluxionario se extiende también hacia las mucosas, y pocos son los órganos que se libran de sus efectos. Los accesos congestivos que amenazan siempre á la operada aparecen principalmente en la época que corresponde á la falta de menstruación, y aunque algunas veces llegan hasta producir hemorragias, no han de considerarse sin embargo como reglas desviadas ó suplementarias, puesto que ya no son posibles las reglas.

La hiperemia de las vías respiratorias, la más frecuentemente observada en estos casos, se traduce por estornudos, crisis de secreción nasal, laringotraqueitis, bronquitis y hasta congestión pulmonar, llegando á alcanzar á veces tal intensidad, que determina verdaderas epistaxis y hemoptisis. Se han observado asimismo hematemesis, como también accesos de diarrea, y más á menudo también crisis hemorroidarias. Es de notar á veces también la púrpura.

Obesidad.—Acontece frecuentemente que después de la castracion la mujer *engruesa* de una manera más ó menos considerable. Eso no tiene nada de extraño; en cambio los casos de *adiposis localizada* en determinadas regiones del cuerpo, son de más difícil interpretación.

Trastornos nerviosos.—Las mujeres predispuestas por sus antecedentes hereditarios ó personales, presentan una serie de accidentes nerviosos que se observan también, aunque de ordinario mucho más atenuados, en las operadas que no son de familia neuropática.

El carácter se modifica, y si bien á veces los fenómenos de excitación y de irritabilidad son los que dominan, lo más ordinario es observar fases de depresión, de tristeza y de melancolía que llega hasta la vesania. Sin que puedan considerarse lipemaníacas y locas, algunas de estas enfermas sienten á veces impulsos irresistibles de suicidio. Refiere uno de nosotros el caso de una mujer joven que por tres veces distintas intentó asfixiarse con el óxido de carbono.

En muchos casos los trastornos intelectuales, lejos de adquirir tal gravedad, quedan limitados á una pérdida de la memoria, que afecta los hechos recientes, mientras se conserva íntegra la memoria de los antiguos.

Después tenemos que enumerar todos los fenómenos inherentes á la neurastenia y que observamos aislados ó agrupados según las enfermas: cefalea paroxística, más raramente continua con accesos de neuralgias y de verdaderas jaquecas, dolores raquiálgicos, vértigos, insomnios, pesadillas, lasitud con tendencia á flojedad de las piernas, dispepsia, debilidad de la vista, zumbidos de oído, etc., etc.

Tales son rápidamente enumerados (Jayle) los accidentes de la *menopausia post-operatoria* que vamos á encontrar en la *menopausia natural.*

Pero el cuadro sindrómico no es siempre absolutamente el mismo. Ante todo, la *menopausia natural* entre sus manifestaciones más serias y más importantes, cuenta en primer término los trastornos menstruales y genitales, que puede decirse no faltan nunca, mientras que no se presentan en la menopausia quirúrgica. Además, por la intervención operatoria, la supresión ovárica es brusca, súbita, no ha sido preparada, el cambio sobreviene de la noche á la mañana, y los fenómenos reaccionales son por ende más intensos.

Es muy diferente la sucesión de los acontecimientos en el curso de la menopausia natural. «La naturaleza prudente y previsora no ha querido que la cesación de las reglas fuese súbita.» El tiempo de los intervalos, el período de desfallecimiento ovárico, según la feliz expresión de Tilt, preceden de varios meses (dos años y más), á la desaparición definitiva de las funciones menstruales; preparan al organismo una transición, un hábito progresivos.

Recordemos, en cambio, que la supresión de las reglas se ha estable-

cido en algunas personas de un modo inopinado y definitivo, á consecuencia de un enfriamiento, de una emoción, un traumatismo, etc. Esta variedad de menopausia necesita ser vigilada.

V

Fenómenos menstruales y accidentes de la menopausia natural

Por espacio de un año, seis meses, más ó menos, las mujeres acusan una disminución desacostumbrada del flujo menstrual. Su sangre es mucho más floja, dicen ellas, y aun algunas pretenden que el flujo hemorrágico es menos rojo, menos coloreado. No olvidemos que en esta ocasión aparece fácilmente la *leucorrea*, y que se observan pérdidas blancas en el período intercalar lo mismo antes que después de las reglas. Aparecen también mezcladas con la sangre catamenial y la fluxión uterina, tan viva en esta fase de la vida genital, que determina crisis de hipersecreción leucorreica capaz de atenuar el color del flujo menstrual y de simular aguas rojas ó rojizas. Muchas infelices quedan aterrorizadas por una apariencia sospechosa de sus pérdidas, que no era debida á otra causa.

Ocurren verdaderas sorpresas que llegan á desconcertar á las mujeres en la época en que esperan la aparición de sus reglas. No hay señal alguna; pasa el mes siguiente y tampoco nada; y luego de un modo inopinado, llega la sangre, se suspende y vuelve de tal modo á aparecer que fluye dos veces al mes ó tres veces en dos meses. Las fases de interrupción alternan con menstruaciones muy irregulares en su aparición, hasta el punto que la enferma acaba por perderse ó confundirse en las fechas. Y como para completar su alarma, después de una amenorrea de bastante duración, se ve obligada á guardar cama á causa de una pérdida súbita que se eterniza, adquiere proporciones alarmantes, la debilita y la deja en un estado lastimoso.

1.° **FENÓMENOS FLUXIONARIOS.**—Los fenómenos fluxionarios derivan de la *plétora sanguínea*, lo cual revela su importancia y su valor patogénico. Barié, en su tan notable estudio de la menopausia, pretende «que el estado pletórico determina ciertas congestiones tanto más intensas cuanto más robusta es la mujer.» Ha debido fundar su observación en hechos bien comprobados; con todo, á nuestro modo de ver, las conges-

tiones han de ser más vivas y fáciles cuanto la mujer sea más «sanguínea,» usando la expresión vulgar, esto es, cuanta más sangre suela ella perder con ocasión de sus reglas normales; no es, sin embargo, una ley absoluta.

Como en la menopausia quirúrgica, encontramos en primer término, por su frecuencia, las *ráfagas de calor* invadiendo la cara y las extremidades, ó generalizadas á todas las regiones del cuerpo. Surgiendo de un modo espontáneo, ó después de una emoción, un contratiempo, van acompañadas de *crisis de sudores*, igualmente locales ó generalizadas; pero es raro que estos brotes fluxionarios aparezcan tan acentuados como después de la ablación operatoria de los ovarios. Algunas enfermas, una vez terminado el acceso de calor y de sudores, experimentan una sensación de *enfriamiento*. Uno de nosotros asiste á una señora que, desde la desaparición de sus menstruos, presenta estos tres síntomas: calor, sudores y frío, tan manifiestamente que varios médicos la habían ya tratado por el sulfato de quinina; este medicamento resultó siempre ineficaz, y á nuestro entender no hay en ello etiología palúdica; todo lo más podrían admitirse trastornos reflejos ó una intoxicación de origen dispéptico; ya insistiremos de nuevo al tratar del diagnóstico. Pero el enfriamiento que sigue á un sudor que llegue á mojar todas las ropas de la enferma, tiene por consecuencia casi inevitable hacerla ocasionar resfriados, bronquitis y congestiones pulmonares.

En vez de presentarse por accesos, la *rubicundez de la cara* se hace á veces permanente, y con el tiempo determina *varicosidades*, *acné*, un *aspecto furfuráceo de la piel* muy desagradable para las enfermas.

Los accesos fluxionarios, que un antiguo hábito del organismo dirigía hacia el aparato genital, continúan presentándose de preferencia por parte de la pequeña pelvis en los órganos periuterinos, y, como veremos más adelante, en el mismo útero. Provocan asimismo sensaciones de *peso* á nivel de los lomos, del bajo vientre, del periné y de los muslos, que acusan todas las mujeres casi de un modo general. Hay que añadir á esto la sensación de *calor* en la vulva y la vagina, las crisis de *diarrea*, que repiten en fecha periódica, y sobre todo el acceso *hemorroidario*, cuyo flujo bien establecido determina un gran alivio.

Aparecen *diversas hemorragias* con el aspecto de reglas desviadas ó suplementarias, en forma de epistaxis, hemoptisis, hematemesis, ó melena, etc. Por parte de los riñones, se observan accesos de *poliuria*, *albuminuria transitoria*, *congestión* con dolores lumbares y hasta quizás *hematurias* (?).

Las *vías respitorias* ofrecen un terreno abonado y habitual para este género de fluxión desviada; desde la simple *anhelación* experimentada después de una marcha rápida ó una ascensión, hasta la *bronquitis* y la *disnea pseudoasmática*, podemos observar toda una serie de trastornos congestivos ligeros ó serios y fácilmente fugaces.

Insistiremos de un modo especial acerca de algunos accidentes poco conocidos, cuya causa radica en las *fosas nasales*.

Algunas mujeres experimentan en la época de las reglas una ligera hiperemia conjuntival, al mismo tiempo que un coriza de corta duración y brotes herpéticos; ya hemos hablado de este asunto con motivo de la cocainización de la pituitaria en el tratamiento de la dismenorrea. Pero en el momento de la menopausia, como por otra parte en la pubertad, esta *fluxión nasal* provoca vértigos, pesadillas, jaquecas y sobre todo accesos de falso asma, fenómenos diversos de origen nasal. El tejido eréctil de la nariz se entumece, y por poco que exista una hipertrofia de un cornete ó una desviación del tabique, deformidad en extremo frecuente, la dificultad respiratoria que de ello resulta determina la producción de paroxismos de disnea conocidos con el nombre de asma sintomático, asma nasal. Una señora de cuarenta y siete años de edad nos consultó en diferentes ocasiones por un coriza recidivante que desde algunos meses la molestaba mucho; este coriza complicábase facilmente con laringitis, bronquitis con estertores sibilantes diseminados y hasta congestión pulmonar. Mas nos sorprendió mucho observar al cabo de pocos días una curación rápida y recaídas, manifestaciones morbosas que ninguna causa explicaba; la orina era normal, el corazón estaba perfectamente sano. Esta señora acabó por confesarnos, con mucha dificultad, que su menstruación comenzaba á no ser ya regular, y que los síntomas pulmonares se manifestaban en ocasión de las reglas; aparte de ello, tenía observado que permanentemente no respiraba con facilidad por la ventana nasal izquierda. A partir de aquel día, pudimos aliviarla por medio de una terapéutica muy sencilla y anodina: practicar irrigaciones nasales, corregir la constipación habitual, y favorecer la aparición de las reglas con cataplasmas y pediluvios sinapizados, alternando con semicupios prolongados. Estábamos decididos, si hubiese sido necesario, á aplicar algunas sanguijuelas en la región ano-perineal.

2.° FENÓMENOS NERVIOSOS. — Son análogos á los de la *neurastenia post-operatoria* y no repetiremos por tanto su descripción detallada; cefalalgia en casco, jaquecas, raquialgia, dolores lumbares, zumbidos de oídos y vértigos, palpitaciones, lipotimias, insomnios, pesadillas, alucinaciones,

debilitación de los miembros inferiores, lasitud, etc., se interpolan y se suceden á su vez para alarmar á las infelices neurópatas.

Los *deseos sexuales,* de mucho tiempo extinguidos ó mitigados, despiertan á veces imperiosos é incesantes, y atormentan en extremo á personas muy honestas y reservadas, confundidas por este estado desacostumbrado que por nada del mundo se atreverían á confesarlo.

La *voz baja* y adquiere un timbre más grave. Tilt ha señalado la hipertrofia de la *glándula tireoides.*

3.° OBESIDAD. — Por último, en la edad de la menopausia, el cuerpo se engruesa, hácese pesado, la mujer adquiere una gordura que molesta y es bien poco elegante; el vientre sobre todo es invadido por la grasa, y esta *obesidad,* capaz de distender las paredes abdominales, de relajar su tonicidad, favorece el descenso de la masa intestinal (1). De ello se originan dispepsias gastrointestinales. Otras veces la suspensión de las reglas y el desarrollo del vientre sugieren equivocadamente la idea de una *gestación* posible, y la obesidad hace que al principio sea difícil el diagnóstico entre estos *falsos embarazos* y las gestaciones tardías. Ya volveremos á ocuparnos de ello al estudiar las complicaciones nerviosas.

4.° ACCIDENTES UTERINOS. — Detengámonos un momento en las manifestaciones uterinas que merecen un estudio especial. Algunas son simples fenómenos fisiológicos que adquieren agudez patológica, otras ya son morbosas desde su principio.

A. — Leucorrea

El más frecuente de los accidentes genitales en el curso de la vida sexual, inevitable por decirlo así en la pubertad, la *leucorrea,* aparece en la menopausia, ó se exagera cuando ya existía, en casi todas ó en todas las mujeres. Las pérdidas blancas filamentosas ó espesas, amarillas ó rojizas, aparecen antes, durante y después de las reglas; se establecen también en el período intercalar, bajo la influencia de varias causas.

a) Unas veces son debidas á una simple hipersecreción de la mucosa, que depende del estado fluxionario de todo el aparato genital.

b) Otras suplen á la menstruación que no existe; siendo éstas verdaderas reglas blancas.

c) También dependen de todos los trastornos útero-ováricos exagerados por la congestión de la menopausia.

(1) Véase *Falsas uterinas,* pág. 79.

d) Dependen, por último, de la *vaginitis senil*, que se manifiesta en la menopausia y más tarde, y da lugar á un flujo seropurulento ó teñido de sangre y á veces de olor fétido.

Su abundancia y tenacidad dan lugar á irritación, erupciones en los labios, y á un fenómeno muy molesto, el prurito vulvar.

B. — Pérdidas hemorrágicas

En medio de los trastornos menstruales, no es posible reconocer á la mujer por la fecha de sus reglas. Ante una hemorragia de las vías genitales, procuraremos investigar si corresponde á un período catamenial, si ha sido precedida de los signos del molimen, y muy frecuentemente tendremos que renunciar á distinguir una menorragia de una metrorragia. La pérdida aparece súbita, sin motivo, sin que nada haya anunciado que es inminente la época de la menopausia; es, por ejemplo, el flujo de un período que no cesó y fluye con abundancia inusitada. O bien la hemorragia sucede á trastornos, á molestias que habían ya llamado la atención. Ella marca el comienzo de la menopausia, sobreviniendo más frecuentemente después de algunos incidentes. La sangre, como ya hemos dicho, puede ir mezclada á una leucorrea abundante, que le da una apariencia engañosa.

En cuanto lo permitan las circunstancias, conviene conocer el verdadero origen de la hemorragia, ya que se instituirá una terapéutica diferente según sea la noción etiológica.

Se aduce en algunos casos, y con razón, el *acceso congestivo* que afecta á todos los órganos y entre ellos el útero, más fácilmente todavía sobre este órgano, ya que le es habitual el congestionarse periódicamente. La matriz sangra como sangran las hemorroides, por ejemplo, y por las mismas causas.

Esta tendencia á las congestiones es favorecida por *la buena comida*, el uso del *alcohol*, la *obesidad* y sus consecuencias, la *ptosis abdominal*, por todos los estados que constituyen las *falsas uterinas* y que se han enumerado en otra parte de este libro. Recordaremos solo una causa, las *degeneraciones arteriales*. El ateroma, alterando la elasticidad de la pared, conserva abierta la luz del vaso si éste llega á romperse. Cuando una hemorragia tiene origen á nivel de las arteriolas ateromatosas de la mucosa uterina adquiere una duración alarmante, y la ergotina como todos los medicamentos que actúan sobre la contractilidad vascular no tienen efecto alguno contra la pérdida. Débese, pues, recurrir á medios

especiales de tratamiento; lo propio, si se diagnostica la arterioesclerosis, la degeneración amiloidea, la posibilidad de un aneurisma miliar (?) (Raciborski) ó las fases premonitorias de la hipertensión arterial. No olvidemos que en la menopausia, más que nunca, las *metritis*, *fibromas* ó *cánceres*, todas las afecciones hemorragíparas en general, provocan pérdidas sanguíneas. Pero recordaremos también que, después de mucho tiempo de amenorrea, la maduración tardía de nuevos óvulos es capaz de restablecer un flujo menstrual de todo punto normal, en cuya posibilidad conviene pensar á fin de no confundirlo con un flujo patológico.

C. — Metritis

También este estado congestivo hace la matriz más vulnerable y facilita la acción de las causas comunes de la *metritis aguda*. Las infecciones, el enfriamiento, el traumatismo, la fatiga, etc., ejercen fácilmente su influencia en un órgano en que las fluxiones persistentes y repetidas disminuyen los medios de defensa. La metritis aguda, y sobre todo los *accesos agudos* en el curso de la *metritis crónica*, se observan con bastante frecuencia.

Al contrario, después de la supresión de las reglas, tendiendo á desaparecer la fluxión periódica agravante, la *metritis crónica* tiende también á perder su intensidad, su gravedad, y se encamina á la curación (Gallard); nos parece más propio decir que se atenúa, para ser susceptible de avivarse al sufrir los efectos de una infección reciente, ó de cualquier otra de sus causas habituales.

No obstante, existe *una falsa metritis hemorrágica de la menopausia* (Doleris) que, lejos de disminuir, persiste al envejecer la mujer; es debida á una transformación general del tejido uterino, una especie de fibromatosis generalizada. Se ha descrito también (Brenecke) la *metritis hiperplásica* de la menopausia, endometritis intersticial asociada á la endometritis glandular que va acompañada de repetidas hemorragias, y la *metritis fungosa de las viejas* con sus flujos fétidos puede, pero raramente, manifestarse desde la edad crítica. La proliferación vascular y el desarrollo del tejido conjuntivo en la mucosa uterina determinan las lesiones de la metritis.

Sólo citaremos para recordarlas la *hidrometría* y la *hematometría*. Las *neuralgias vulvares* y el *prurito genital* se han indicado ya anteriormente.

D. — Fibromas

La acción de la menopausia sobre los fibromas ha sido diversamente interpretada. Se han referido muchas observaciones en las que, después de la desaparición de los menstruos, los fibromas uterinos disminuyen ó cuando menos se tornan silenciosos pasando desapercibidos. Mas en algunas enfermas se ha notado el crecimiento del tumor fibroso y la persistencia de los accidentes que determina. A nuestro entender, el fibroma ha de considerarse en la menopausia y después de su terminación. Durante el período de los trastornos menstruales y de los accesos congestivos, el fibroma participa de sus efectos, y reaccionando á su vez con mayor intensidad, llega á provocar metrorragias muy alarmantes. Hemos tratado á esta edad tumores fibrosos subperitoneales que engrosaban, aumentaban de volumen, eran á intermitencias dolorosos, al mismo tiempo que determinaban una compresión de los órganos intestinales. El abultamiento abdominal, los dolores, la constipación, daban á los síntomas una apariencia de peritonismo de repetición, terminado algunas veces por una metrorragia; todo entonces volvía á la normalidad hasta una nueva tumefacción del mioma. En un caso, hemos observado la pérdida complicada de un pólipo fibrinoso que no explicaban ninguna desviación ni estenosis del conducto uterino.

Al cabo de algún tiempo de establecida la menopausia, es más frecuente observar que el cuerpo fibroso no cause molestia alguna á la enferma.

Está bien establecido, y no insistiremos ya en ello, que el *cáncer* no es más frecuente en esta época.

E. — Desviaciones. — Flexiones

Actualmente damos ya por comprobado que, después de la desaparición de los menstruos, las desviaciones y las flexiones son mucho mejor toleradas que durante la vida genital, y que producen muchísimos menos trastornos.

Esta comprobación tiene para nosotros importancia capital, y vuelve á dar interés á la discusión de esas teorías que quieren que los sufrimientos dependan mucho menos de la desviación uterina que de la metritis ó de las ptosis abdominales coexistentes. La fluxión catamenial, insuficiente para originarlas, exagera y sostiene las molestias debidas á las desviaciones. La intervención de otros factores etiológicos distintos de la

retroflexión ó la anteversión, por ejemplo, es necesaria para explicar los dolores que las acompañan.

Una consecuencia terapéutica racional deriva de esta observación: en el tratamiento de la flexiones y de las desviaciones, es necesario ocuparse al menos tanto de la metritis, de las congestiones, de las ptosis abdominales, como del enderezamiento del órgano, y no podríamos quedar satisfechos con la aplicación de un pesario sin ninguna otra medicación.

5.° MAMAS. — La hinchazón de las mamas se observa en algunas enfermas durante algún tiempo. En cuanto á los *tumores* de la mama, su desarrollo no pasa de ser pura coincidencia.

VI

Influencia de la menopausia sobre los aparatos extraños al genital

La influencia de la menopausia sobre los diversos aparatos que no tienen ninguna relación directa con el útero y los ovarios, provoca los más variados accidentes; pero sus efectos se hacen sentir con preferencia en los órganos ya enfermos, exagerando los trastornos preexistentes hasta el punto de dar mayor importancia á las molestias que hasta entonces habían pasado desapercibidas.

Hemos expuesto ya un ejemplo de ello al describir esos accesos de asma nasal que sobrevienen con ocasión de las perturbaciones menstruales, en las personas cuyo tabique ó cornetes presentan una ligera deformación.

1.° VÍAS DIGESTIVAS. — Los apetitos extravagantes, las perversiones del gusto que se observan en las mujeres algo nerviosas, no merecen el nombre de accidentes de la menopausia.

Pero no ocurre lo mismo con otros fenómenos que aparecen á esta edad, con una frecuencia y una facilidad que explican la acción recíproca entre el útero y el estómago. No debemos, en efecto, atribuirlos sólo á los accesos fluxionarios, á la insuficiencia ovárica, etc.; no existe una afección uterina, un desorden menstrual, que no sean capaces en todo tiempo de reflejarse sobre las funciones digestivas; con mayor razón ha de acontecer, pues, en la menopausia, cuando el aparato sexual se modifica

de un modo tan completo. Y si por desgracia el estómago estaba ya enfermo, los sufrimientos se exacerbarán.

De igual modo que las afecciones de la matriz se acompañan de todas las clases de dispepsia, asimismo en la menopausia podemos encontrar todas las variedades, desde la hiperestenia con la más intensa hipercloridria hasta la insuficiencia gástrica con anaclorhidria. Las complicaciones dispépticas se exageran sobre todo en las personas que sufren desde mucho tiempo de enteroptosis y de desviación de la matriz ó de metritis; el desarrollo de la obesidad contribuye á agravar los síntomas.

A los vómitos se añaden á veces hematemesis (reglas desviadas), en especial cuando existe gastritis ulcerosa, y ya hemos tenido ocasión de insistir acerca de las diarreas suplementarias y las crisis hemorroidarias.

2.° CORAZÓN. — La taquicardia, estudiada por Kisch y atribuída por Clément á la excitación del gran simpático, no constituye en modo alguno el único accidente cardíaco de la menopausia.

No podríamos hacer mejor que seguir aquí el estudio tan notablemente clínico de Huchard. Este autor considera que, en la época de la supresión de las reglas, las mujeres pueden presentar trastornos de naturaleza diversa:

1.° Una taquicardia de origen funcional, con palpitaciones y á veces síncope, debida á la hipertensión arterial.

Una taquicardia de origen orgánico que sucede á las lesiones cardíacas.

2.° Lesiones cardíacas que se desarrollan á esta edad: éstas son las cardiopatías arteriales (arterioesclerosis generalizada) y las aortitis.

3.° Otras son preexistentes y sufren una agravación.

4.° Ciertos trastornos del corazón son puramente neurósicos y dependen del histerismo ó de la neurastenia, tan frecuentes en la menopausia.

5.° Los hay de índole refleja, que aparecen á continuación de los accidentes uterinos como sobrevienen en el curso de los accidentes hepáticos ó gástricos.

6.° Por último, la sobrecarga adiposa del corazón comprende cierto número de casos.

Mucha razón tiene Huchard en atribuir un papel importante á la arterioesclerosis, que depende, dice, de la adulteración de la sangre en la menopausia. Hemos ya explicado el modo como comprendemos esta adulteración de la sangre; pero queremos hacer notar aún, en la descripción tan exacta de dicho autor, las perturbaciones cardíacas por reflejo uterino,

cuya noción ha de ser dilucidada y completada en el curso de toda la vida genital: su naturaleza nos parece indiscutible.

3.° HÍGADO.—Los fenómenos que sobrevienen por parte del hígado son de naturaleza fluxionaria, lo que no nos sorprende, ya que la congestión hepática se desarrolla fácilmente con ocasión de un período menstrual normal. La congestión del hígado, además de los síntomas que le son propios, figura en gran parte en la aparición de algunas molestias atribuídas al estómago ó al intestino, y es á menudo la causa determinante de una crisis hemorroidaria. La mezcla de trastornos hepáticos y gástricos constituye el *estado bilioso* de la menopausia reconocido por Bennett y Aran.

La ictericia se presenta en el curso de estas complicaciones y recuerda en algunos casos la ictericia menstrual de Senator, pero otras veces es francamente de origen infeccioso ó tal vez subsigue á accesos de cólico hepático. La litiasis biliar, en efecto, coincide á menudo, en sus primeras manifestaciones, con la aparición de la menopausia.

4.° RIÑONES.—La litiasis renal es más rara que la calculosis hepática; pero cuando existe, las crisis de cólico nefrítico sobrevienen generalmente con motivo de los desórdenes menstruales de la edad crítica.

La supresión de las reglas repercute también sobre los riñones y causa accidentes cuya importancia ha sido perfectamente evidenciada en las comunicaciones de Legendre y André Petit (1). El riñón sufre una congestión suplementaria de intensidad variable, que va acompañada de una albuminuria ligera con disminución de la orina y á veces también de una hematuria transitoria. Las enfermas se quejan de dolores lumbares y al mismo tiempo de náuseas, vómitos, cefalalgia, aislados ó confundidos con otros signos de la pequeña uremia.

Un riñón flotante, como toda otra enfermedad anterior del aparato urinario, agrava los accidentes, que ceden fácilmente, por otra parte, con las emisiones sanguíneas y la medicación diurética (Legendre).

5.° PIEL.—Alibert enseñaba que las erupciones cutáneas de la pubertad tienden á reaparecer al llegar á la menopausia. Siempre acontece que en estas dos edades de la vida, las mujeres están igualmente propensas al acné, al eczema, al prurigo, á la forunculosis.

Bœrner (2) ha consignado accidentes bastante curiosos:

(1) P. LEGENDRE y A. PETIT.—*Société médicale des hopitaux*, 1898.
(2) BŒRNER.—*Semaine médicale*, 1888, pág. 283

a) Tumefacción cutánea circunscrita, acompañando á dolores neurálgicos;

b) É hinchazón de la piel, debida á edemas no dolorosos, y que son ya generalizados, ó bien localizados en la nariz, la frente, las sienes, las mejillas ó los extremos de los miembros.

6.° SISTEMA NERVIOSO.—El terreno neuropático es el más favorable á la aparición de accidentes provocados por la menopausia. En la mujer predispuesta asistimos á un sin fin de manifestaciones nerviosas, de las que unas denotan simplemente una cierta rareza del carácter ó de las ideas, pero otras llegan hasta la locura. Entre estos dos extremos figura un extenso número de estados intermedios.

En su trabajo, Barbaud y Rouillard han desarrollado con mucha extensión este punto tan interesante. No poseemos los conocimientos especiales de alienación mental necesarios para seguir la senda por ellos emprendida. Por otra parte, preferimos limitarnos á la descripción de los estados morbosos causados por la menopausia, y nos bastará indicar aquellos que coinciden con ella sin que se pueda probar que dependan de su sola influencia.

Como la neurastenia, estudiada anteriormente, con sus palpitaciones, pulsaciones arteriales, hormigueos, entorpecimiento, etc., el histerismo se despierta y se presenta fácilmente de distintas maneras. La histérica no es ya la mujer de estrépitos, sujeta á los ataques de nervios repetidos, á las crisis de llanto ó de risa, es una vieja insoportable y descompuesta, de gustos raros, con pretensiones las más extrañas, no dándose cuenta de que lo que apenas es tolerable en una joven, resulta el colmo del ridículo en una mujer de su edad. Nada puede hacérselo comprender; discutir con ella es perder el tiempo.

Será una verdadera fortuna para la familia que la exaltación de su espíritu no la lleve á los excesos del alcohol, de la morfina, del éter, de la cocaína, etc. Afortunado también será el marido cuando ella no la dé por celos morbosos (Barbaud y Rouillard).

El retorno de los deseos sexuales tiene á veces por consecuencia una preñez nerviosa: es un retorno á la juventud, ó cuando menos la pobre mujer así lo cree. En todo caso esta ilusión no es peligrosa, mientras que la excitación genital que conduce á la erotomanía es de las más mortificantes y penosas para la familia.

Los disgustos, y luego los esfuerzos para domeñar la voluntad y obligarla á la resignación, inducen á muchas personas á buscar consuelos muy naturales en las prácticas piadosas; pero algunas infelices rebasan el

límite, la piedad bien entendida es substituída por la exaltación religiosa, el delirio religioso y la locura mística.

La locura conserva más á menudo un carácter de depresión: es la melancolía, la hipocondría, la monomanía.

Al lado de estos estados psíquicos, vemos sobrevenir trastornos orgánicos que dependen de la plétora sanguínea. Las congestiones cerebrales, las apoplejías, cuya frecuencia se ha verdaderamente exagerado, no son por ello menos indiscutibles. Encontramos aquí también la intervención posible de diferentes factores: alteración de las arterias cerebrales, coexistencia de un mal de Bright; por otra parte, supresión menstrual y acceso fluxionario por parte del extremo cefálico, y amenaza apoplejía por ser inminente la hemorragia cerebral.

Las paraplegias, de las que hemos expuesto la etiología y los síntomas en el capítulo de este libro que trata de los dolores menstruales, comienzan también con la menopausia. Si algunas son francamente congestivas, otras, así lo consigna Barié, dependen del histerismo ó de las neuritis periféricas.

Mencionaremos, para terminar los accidentes nerviosos, los trastornos de los sentidos, ceguera, sordera, vértigo laberíntico por hemorragia de la caja, afonía, á veces transitorios, y el recuerdo de la epilepsia, de la corea, de la catalepsia, que sobrevienen en la pubertad y aparecen de nuevo ó se exaltan en la época de la menopausia.

VII

Enfermedades generales

No nos extenderemos respecto de las enfermedades generales, de las que la menopausia en realidad es la causa más frecuente.

Esta variedad de *clorosis* genital que se observa en la pubertad, y más tarde en las jóvenes, ¿puede presentarse en la menopausia por influjo de la hipofunción ovárica? A esta edad de todos modos es rara, y cuando se manifiesta conviene, antes de afirmar su existencia, investigar bien si existen otros estados patológicos capaces de dar origen á una cloroanemia.

Las pérdidas sanguíneas repetidas, los trastornos dispépticos y nerviosos determinan una palidez de la cara y de las mucosas, una astenia

acompañada de palpitaciones, soplos vasculares y cardíacos, un conjunto sintomático de anemia, que es preciso no confundir con la verdadera clorosis.

Bazin ha observado el retorno ofensivo de la *escrófula* y de la *tuberculosis*.

La menopausia es también la edad en que vemos comenzar varias afecciones *artríticas*, el *reumatismo crónico*, el *reumatismo nudoso*, así como la *gota*.

La gota es frecuente en la menopausia, dice Barié, aforismo que, según Rendu, data de las tradiciones hipocráticas. Y no obstante, para otros autores, es durante el período genital que se adquiere la gota. La vida genital después de todo no excluye la menopausia.

No olvidemos la *diabetes*, cuya aparición coincide fácilmente con el período de supresión de las reglas (Bouchardat); es la diabetes gorda, diabetes artrítica.

VIII

Diagnóstico

A la edad de cuarenta y cinco ó cincuenta años, la mujer ve primero trastornarse su menstruación y después suprimirse; acude á nuestra consulta, y después de un examen más ó menos rápido, le contestamos que su edad es causa de dicho trastorno, y no consideramos habernos comprometido con esta afirmación. No obstante, no está nunca de más cerciorarse que no se trata de un *embarazo*, *preñez tardía* ó de una *falsa preñez;* y para evitar toda sorpresa desagradable, vale más pasar rápidamente en revista todas las causas uterinas ó extrauterinas de la *amenorrea*.

Pero ¿cómo diagnosticar una *menopausia precoz?* A los treinta y cinco años una mujer deja de estar reglada; ¿podemos prever si este estado será definitivo? Muy seguro de sí mismo estará el médico que se atreva á afirmarlo; existen presunciones, sea; pero aconsejamos dejar al tiempo el cuidado de juzgar en última apelación.

No es en realidad en esto que reside el verdadero interés del diagnóstico. Que la mujer tenga un nuevo flujo hemorrágico, y deberemos investigar si es de origen patológico ó si depende de un período catamenial.

Bien difícil é importante de diagnosticar es la influencia de la menopausia sobre ciertos accidentes del aparato genital ó de los órganos

extraños al sistema útero-ovárico. De esta comprobación resultan indicaciones terapéuticas diferentes y precisas.

Pero ¿por qué medio reconoceremos una menopausia detrás de una *menorragia*, un *fibroma* que sangra ó una *metritis* que ocasiona una pérdida? ¿Cuál es la parte exacta que le corresponde en la génesis de los fenómenos? He aquí el diagnóstico, interesante y delicado.

Y cuando se trata de un trastorno *dispéptico, hepático, cardíaco, renal*, de una *erupción cutánea*, ¿existe un signo capaz de guiarnos y ponernos en camino de la verdadera etiología? Desgraciadamente no.

La menopausia no imprime un sello especial, una marca característica á los síntomas que determina. Teniendo en cuenta la edad de la enferma, la coincidencia de las perturbaciones menstruales, de las crisis fluxionarias, de las ráfagas de calor, etc., es cómo encontraremos motivos probables para atribuir á la menopausia una congestión de la pituitaria, un acceso de cólico hepático ó un paroxismo de taquicardia.

La cuestión estriba en observar atentamente, en seguir los acontecimientos y observar si el tratamiento instituído con arreglo á tal hipótesis va ó no seguido de resultados favorables.

IX

Tratamiento.—Higiene y terapéutica de la menopausia y de sus accidentes

«Prestamos un gran servicio á este sexo que tiene horror innato á la destrucción de sus encantos, indicándole los medios de seguir á la naturaleza paso á paso, para impedir que el tiempo, ese cruel tirano, acelere su pérdida hacia la degradación y la desorganización general.» Así se expresa un antiguo autor, tan galanteador como escrupoloso médico, y su deseo es seguir la naturaleza paso á paso. También, como muchos de sus contemporáneos, de sus predecesores, establece una serie de recomendaciones que se refieren no sólo á todos los detalles de la vida ordinaria, sí que también á lo imprevisto, según la condición social, los gustos y los temperamentos; en cuanto á los accidentes siempre posibles, se trataban con una muy rica terapéutica, así para prevenirlos como para combatirlos.

Este derroche de consejos dependía del temor que inspiraba la *edad crítica*.

1.° HIGIENE DE LA MENOPAUSIA. — Sin desconocer el interés de los preceptos higiénicos, compartimos de buen grado la opinión tan con-

creta como acertada de Désormeaux. «En los límites del estado fisiológico, bastan simples cuidados higiénicos.» Añadiremos, sin embargo, que si la persona que se trata tiene antecedentes patológicos ó predisposiciones hereditarias ó adquiridas, convendrá vigilar el órgano ó sistema sospechoso, esforzándose en prevenir todas las complicaciones de aquella parte é intervenir resueltamente al menor síntoma que se note. Igual rigor será menester observar respecto del régimen de los antiguos dispépticos, así como vigilar atentamente á las cardíacas hepáticas y á las neurópatas, sobre todo por estar especialmente expuestas. El tratamiento á instituir en esas diversas enfermedades no difiere del que debe prescribirse de ordinario, combinándose tan sólo con la higiene y la terapéutica de la menopausia y de sus accidentes.

Muchos de los autores que se han ocupado de la menopausia hablan ante todo de la *higiene moral,* y algunas de sus razonables consideraciones nos parecen dignas de atención y estudio.

La mujer, dicen ellos, debe saber envejecer. Esta observación es perfectamente exacta, pero el consejo resulta inútil respecto de la mujer sensata, mientras que la que lo necesite apenas si la seguirá. «Debe huir de las emociones, como también librarse de la melancolía.» Todo lo que atañe al espíritu y á las ideas hace muy difícil el papel del médico, si bien no siempre es de su incumbencia. Podrá, en efecto, intentarlo, pero con discreción; y sin insistir en los motivos pueriles y vanos de mantener eterna juventud, deberá advertir los peligros á que expone un género de vida incompatible con la época de la supresión de las reglas.

Las vigilias prolongadas y repetidas, las fatigas y las excitaciones de todo género hacen, entonces más que nunca, el organismo más débil para resistir los trastornos que va á experimentar, para los cuales precisa calma y tranquilidad.

Se prohibirán por consiguiente todos los excesos. El ejercicio moderado al aire libre favorece la salud, mas importa que no se lleve á la exageración hasta el punto de extenuar al individuo, pues sería tan perjudicial como la ociosidad y el reposo absoluto. Si se trata de un caso de pereza invencible, advertiremos á la enferma del peligro que corre de tornarse obesa.

El retorno de los deseos sexuales es causa en ciertas mujeres de excesos genésicos que contribuyen á fluxionar todo el aparato genital, originándose trastornos del útero y de los anexos. Antes de prohibir el coito, debemos asegurarnos bien (Gallard) de que los resultados no sean contraproducentes, y que la continencia forzosa, dejando sin saciar los apetitos carnales, no sostenga la congestión de la pequeña pelvis.

2.° **TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES GENERALES.**—Hemos visto, al estudiar la semiología de la menopausia, la importancia que tiene el elemento congestivo que descubrimos en los comienzos de gran número de complicaciones. En todos tiempos, el peligro de la plétora sanguínea ha tenido preocupados á los médicos, quienes han procurado desde luego instituir una medicación racional para combatir sus efectos.

Bueno será que las mujeres se acostumbren á tomar de vez en cuando, cada semana por ejemplo, un ligero *purgante,* aumentando su frecuencia en el caso de que presenten una tendencia á la constipación habitual; en todo caso es necesario regularizar las funciones intestinales.

Si en la época que corresponde á las reglas que faltan, se notara algún movimiento fluxionario en la cabeza, pulmones, hígado, etc., se recurrirá sin vacilación á las *emisiones sanguíneas*, cuya eficacia hemos tenido ocasión de hacer resaltar á propósito de las hiperemias renales suplementarias (Legendre) que provocan los fenómenos de la pequeña uremia; pero parecidos trastornos se manifiestan igualmente cuando las reglas están disminuídas, ó sea que la sangre fluye por las vías genitales con menor abundancia que de ordinario, en cuyo caso conviene también completar la pérdida hemorrágica por medio de sangrías locales ó generales. Las *sanguijuelas* se aplicarán en el ano, periné, en el bajo vientre, los muslos ó las rodillas, y en caso de necesidad, prescindiendo de toda consideración teórica restrictiva, se practicará la *sangría* del brazo, sobre todo si es de temer la apoplejía.

Los *semicupios* y los *pediluvios sinapizados* se consideran procedimientos un tanto anodinos, que se reservan para los casos de cefaleas, opresiones transitorias sin ningún signo estetoscópico, en una palabra, para los síntomas poco acentuados.

Las *ventosas* secas ó escarificadas aplicadas en el tórax ó á lo largo de la columna vertebral producen algún alivio en los casos de congestión pulmonar ó raquidiana.

A fin de «seguir á la naturaleza paso á paso,» se vigilará sobre todo la regularidad del flujo hemorroidal, si por fortuna existe, pues constituye una derivación natural de las más favorables para atenuar las fluxiones suplementarias ó desviadas. Las congestiones hepáticas en primer término son las que ceden rápidamente en estos casos cuando se establece un flujo hemorroidario. Si la enferma no tiene hemorroides, la hiperemia del hígado disminuye por medio de los *calomelanos* administrados, por ejemplo, en la forma clásica:

Calomelanos. . . . . } aa. 0 gr. 50
Resina de escamonea. . . . . }

Mézclese. — Para una oblea que se toma en ayunas.

Por iguales motivos, importa respetar ciertas menorragias, por lo menos durante algún tiempo, para alejar el peligro de que su supresión demasiado brusca no determine consecuencias peligrosas.

Mas no basta tratar los accesos congestivos desde el momento en que se manifiestan, sino que conviene también prevenirlos, y, si es posible, apartar todo lo que pudiera provocar su aparición. Compartimos asimismo la opinión de los antiguos maestros al recomendar eficazmente que se evite el *frío*, que se lleven vestidos de abrigo y que se siga un régimen conveniente. Se proscribirán desde luego todos los *excitantes*, especialmente las bebidas alcohólicas, á menos que no las recomienden indicaciones especiales. Los alimentos capaces de producir con facilidad fermentaciones y todos los que, en general, reclaman la integridad de los emunctorios, resultan también altamente perjudiciales en la menopausia. El uso cotidiano de cierta cantidad de *leche* es, por el contrario, recomendable. El *régimen lácteo absoluto*, seguido en períodos alternantes de ocho y quince días, se impone en las enfermas de congestiones renales, ó con fenómenos disneicos ó cardíacos, etc., y se combinará con una medicación apropiada al estado del riñón, del pulmón, del corazón, etc.

Hemos de recordar también la opinión de los antiguos médicos que sostenían «que las mujeres asténicas predispuestas» reclaman un tratamiento especial. Eran mujeres sobrias, según ellos, y creían que las emisiones sanguíneas podían extenuarlas, y por esto prescribían, á vía de precaución, los tónicos. Cuando dominan los caracteres ó síntomas de la neurastenia y depresión, conviene ciertamente que por medio del tratamiento, del régimen y de la higiene se procure reanimar á la enferma.

Aparte de esos casos de «astenia» que exigen unos cuidados del todo especiales, las indicaciones generales respecto de la higiene y del tratamiento de la menopausia y de sus accidentes, son las que ya hemos establecido y que podemos resumir en los siguientes términos:

La *medicación revulsiva y derivativa* por medio de las emisiones sanguíneas, purgantes, aplicaciones locales, ventosas secas, sinapismos, baños locales, etc., etc., está indicada cuando sobrevienen fenómenos en la época correspondiente á las reglas desaparecidas. Bueno es también muchas veces esforzarse en prevenir la aparición ó el retorno de los accidentes, instituyendo esta medicación ya algunos días antes del período

crítico. La medicación, además, cualquiera que sea la época, modifica favorablemente las manifestaciones congestivas.

La *eliminación de los residuos y de todos los productos tóxicos* debe favorecerse por todos los medios posibles. Esto no basta todavía, pues no sólo para *respetar los emunctorios*, sí que también por otros motivos de buena higiene sobre los que es inútil insistir, debemos huir en la alimentación que se aconseje de todo lo que pudiera dar origen al productos de fermentación, irritar la mucosa digestiva, el hígado y los riñones, etc. La leche y el agua pura ó débilmente mineralizada se prescribirán de un modo continuo ó con intervalos. Para facilitar las funciones renales conviene obrar sobre el intestino por medio de laxantes, así como excitar el funcionamiento de la piel con fricciones secas, masaje y baños frecuentes.

La *hidroterapia*, que regulariza el sistema nervioso y la circulación, es un precioso coadyuvante para combatir ciertos trastornos neurasténicos y cardiovasculares.

La *vida* conviene que discurra plácida y tranquilamente, pues toda fatiga física ó intelectual es motivo de pena ó de disgusto.

Por último, la *opoterapia ovárica*, que expondremos más adelante, está indicada para suplir las deficiencias de las funciones del ovario debilitado.

Probemos ahora de hacer aplicación de esas reglas á algunos accidentes particulares, con lo que podremos al mismo tiempo entrar en algunos detalles terapéuticos referentes á diversos síntomas.

Las *ráfagas de calor* y las *crisis de sudores*, que no ofrecen gravedad alguna, son una de las molestias de que se quejan más las enfermas. Los purgantes, los pediluvios, los medios que favorecen la diuresis, la hidroterapia, etc., son á veces y hasta frecuentemente ineficaces, al paso que con la opoterapia ovárica se obtienen muy buenos resultados. Puede suceder también que debamos ensayar toda una serie de procedimientos ó medios antes de dar con el que conviene ó al menos el que mejor alivia. Así es cómo tratándose de un régimen riguroso, hemos probado uno tras otro la atropina, el tanino, el agárico, la estricnina y también el sulfato de quinina y el cornezuelo de centeno, siempre que el estado general de las personas á quienes se aplicaba no contraindicase el empleo de estos medicamentos; al mismo tiempo se hacían fricciones en todo el cuerpo con una franela empapada de alcohol alcanforado ó agua de Colonia, ó con una solución alcohólica de tanino. En los casos rebeldes á todo tratamiento, Gottschalk recomienda baños muy calientes á 40°, de veinte minutos de duración y tomados por las noches al ir á acostarse; la

dilatación vascular periférica va acompañada de una disminución de la presión central.

Los accidentes por parte de las *vías respiratorias,* complejos y variables en extremo, sobrevienen quizá con no menor frecuencia. La dificultad en la respiración, la disnea, la tos y los dolores torácicos ó de otra clase, reconocen muy diversas causas, que necesitan una terapéutica diferente según los casos. La disnea proveniente del enfisema y de la obesidad, que comienzan de ordinario en el período de la menopausia, se atenúa principalmente con el yoduro de potasio administrado á dosis débiles, pero largo tiempo continuado, mientras que la disnea provocada por los trastornos cardíacos, urémicos ó dispépticos desaparece mejor por medio de la medicación dirigida á combatir la enfermedad primera. Cuando en la menopausia se inicia la arterioesclerosis, hay que cerciorarse también de si la disnea es de origen toxi-alimenticio. Sin embargo, otras son las complicaciones mucho más frecuentes y características de esa edad y que nos importa conocer. Nos limitaremos á señalar ciertas *epistaxis,* de las que debe prescindirse á no ser que por su abundancia ó repetición revistan con el tiempo caracteres alarmantes. La fluxión de la pituitaria es causa de la aparición del *coriza* con *estornudos,* que resultan á veces muy molestos; en estos casos, mejor que las irrigaciones de agua muy caliente y que el aceite mentolado al 1 por 20, disminuyen la turgescencia de la mucosa las pincelaciones con una solución de cocaína. Puede acontecer también que en mujeres afectas, á veces sin que lo sepan, de una desviación del tabique ó de una hipertrofia de un cornete, el obstáculo resultante de la fluxión (con ó sin erupción de la sangre menstrual) provoque un acceso de falso asma de origen nasal, cuya verdadera naturaleza pasaría desapercibida si no se tuvieran antecedentes; algunas veces se añade á ese estado cierta congestión bronquítica y pulmonar que resiste al tratamiento habitual. Unicamente se pondrá fin á esas molestias cauterizando la mucosa ó con la resección de la parte obliterante de la fosa nasal.

El acceso congestivo produce también en la *laringe,* en el período de las reglas alteradas ó en la fecha que les correspondería, una sensación de picazón. Nosotros conocemos mujeres que al llegar esos períodos sufren accesos de *tos* persistente, tenaz, y fatigosos, no por sus quintas, sino por los pequeños accesos que se repiten incesantemente. Estas molestias y sufrimientos se atenúan bastante por medio de aplicaciones calientes en la región laríngea, gargarismos é inhalaciones con el cocimiento caliente de hojas de coca, pastillas de cocaína y con pociones que contengan mezcladas algo de morfina y de cocaína.

En las *bronquitis* y *congestiones pulmonares*, que tan frecuentemente se complican en esta época de la vida, está indicada la medicación revulsiva y derivativa de que ya hemos hablado. Aparte del tratamiento ordinario, en estos casos se aplicarán á la enferma extensas cataplasmas sinapizadas, ventosas secas y escarificadas sobre el tórax; aplicaciones de sanguijuelas en el bajo vientre ó bien en la cara interna superior de los muslos (los médicos antiguos las ponían, dándoles buenos resultados, en la región ano-perineal); y también un purgante con aguardiente alemán y jarabe de espino cerval. Algunas veces nos han producido buenos efectos las pociones que contienen ergotina y dígital, pero no puede sentarse ninguna regla absoluta, pues la medicación varía para cada enfermo y en algunos casos son los opiados los que dan mejores resultados. Los accesos de *edema pulmonar*, cuya aparición favorece la menopausia en las mujeres aórticas y esclerosas, nos inducen á practicar una sangría en la vena del brazo.

Cuando la bronquitis congestiva no desaparece, prescribiremos, sin vacilaciones de ningún género, uno ó varios vejigatorios sucesivos, empleando simultáneamente la opoterapia ovárica; mientras que, por el contrario, si la angustia respiratoria depende de un estado nervioso, la medicación estribará principalmente en los bromuros, el valerianato de amoníaca y la hidroterapia.

Las *hemoptisis suplementarias* solamente revisten gravedad cuando se manifiestan en mujeres tuberculosas, y se combatirán por los procedimientos de siempre, entre los cuales la ergotina parece ser uno de los más eficaces y seguros.

En el caso de presentarse la *neurastenia* en la menopausia, si revisten sus manifestaciones y fenómenos un carácter grave y serio, es muy posible que fracasen todos los recursos de la terapéutica empleada. En los casos benignos, desaparecen ó ceden generalmente por medio del régimen, el reposo en el campo, la opoterapia ovárica y sobre todo con la hidroterapia y las fricciones estimulantes. Los trastornos *mentales*, por el contrario, evolucionan hasta hacerse preciso el aislamiento del individuo. La *cefalea* se atenúa un tanto merced al reposo y á los baños generales tibios prolongados; la *jaqueca* se alivia con la antipirina, fenacetina, etc.

No haríamos mención aquí de la *obesidad*, por más que su aparición en la época de la menopausia lleva frecuentemente á las mujeres á consultar al médico, si no fuese porque creemos un deber prevenirlas contra las preparaciones del cuerpo tireoides. La acción del tireoides como medio de adelgazar es muy conocida hoy día entre las mujeres de sociedad, y varias

son las que, aun contrariando las prescripciones de sus médicos y á escondidas, han querido á todo trance ensayar este remedio, y algunas conocemos en quienes semejante tentativa ha reportado funestas consecuencias. Las preparaciones tireoideas, lejos de ser anodinas, pueden muy bien provocar serios accidentes, y por esto ninguna enferma, cualquiera que sea el motivo, empleará este medicamento sin ser observada atentamente por el médico. Es preferible seguir el régimen indicado anteriomente por Alberto Robin (1) y atenerse al masaje y á la hidroterapia.

Los *trastornos gástricos* juegan un gran papel en la patología de la menopausia. No hay mujer que ignore que en la época de la supresión de las reglas se halla expuesta á sufrir del estómago ó á presentar simplemente algunas modificaciones del apetito; considera ya de antemano los trastornos gástricos como una de tantas miserias que lleva consigo la edad crítica. Nos limitaremos á señalar una serie de accidentes indicando al mismo tiempo la terapéutica que respectivamente les corresponda, pues nos es imposible entrar en mayores detalles, que nos obligarían á hacer un examen completo de la patología del estómago.

Muchas son las mujeres que no acusan más signo de sufrimiento ó trastorno gástrico que la *pérdida del apetito*, ó bien *gustos extravagantes* por los más raros alimentos. Por lo común, se trata de mujeres nerviosas; su estado no ofrece gravedad y desaparece por sí mismo al cabo de algún tiempo. Con el fin de estimular el apetito se pueden ensayar algunas substancias amargas, ó bien débiles dosis de bicarbonato de sosa antes de la comida, y si se quiere también, persulfato de sosa (2) á la dosis de $0^{gr},10$ á $0^{gr},20$ en una cuarta parte de un vaso de agua, tomándolo una hora antes de la comida. Para moderar y combatir los gustos extraños, basta el régimen severo y la discreta vigilancia.

Las manifestaciones neuropáticas toman ordinariamente mayor y más grave incremento en el curso de la *neurastenia*, que preside á gran número de trastornos gástricos de la menopausia. Antes, pues, de instituir el régimen y el tratamiento para los síntomas dispépticos, importa señalar la parte que corresponde á la neurastenia y combinar una terapéutica dirigida á combatir á la vez los dos factores ó elementos patológicos.

Menester es, por último, tener presente que gastropatías graves son debidas á veces al uso inmoderado del té, café, tabaco, bebidas fuertes y del *alcohol*. Vemos á personas que han llegado á la edad crítica, sentir, á pesar de su educación y de la posición social que ocupan, una irresistible

(1) Véase: Tratamiento de las falsas uterinas, pág. 124.
(2) Alberto Robin.—*Bulletin général de thérapeutique*, 1901.

inclinación por los licores fuertes. Los fenómenos que de esto derivan reclaman el tratamiento ordinario de las dipepsias etílicas.

Mucho más características de la época de la menopausia son las crisis dolorosas de *hiperestenia gástrica*, que estallan bajo la influencia de accesos congestivos que afectan el estómago. La hiperemia catamenial de la mucosa gástrica produce una hiperclorhidria puesta en evidencia (Elsner) por medio del examen del jugo gástrico. En nuestras enfermas hemos observado también las crisis dolorosas á la aparición de las reglas ó en la época correspondiente á la fecha probable de su aparición, cuando las reglas faltan. Acontece á veces que estas crisis no se extinguen completamente en el intervalo de los períodos, y algunas mujeres presentan un tipo de hiperestenia gástrica continua sujeta á paroxismos. Uno de nosotros ha tratado una señora que hacía más de un año que no tenía las reglas y sufría todos los meses en una época fija una crisis de sudores inverosímiles ó un acceso de hiperestenia. Vómitos acuosos, gastralgia, dolores epigástricos, dolores de pinchazos, esofagismo, acritud y acideces de estómago, acompañados de grandes dolores de cabeza, vértigos, constipación tenaz, etc.: estos y otros más forman la larga serie de penas y trabajos que explican las pacientes, deseosas de obtener su curación ó alivio. Si no sufrían del estómago antes de la menopausia, lograremos fácilmente todavía aminorar sus molestias. Conocido es ya el régimen alimenticio y las reglas de higiene prescritos por uno de nosotros (1). Estas reglas y régimen tienen en estos casos perfecta aplicación; siendo la crisis francamente paroxística y de origen hiperémico, la acidez hiperclorhídrica del jugo gástrico se modifica rápidamente con los paquetes de saturación:

Lactosa	1 gramo
Magnesia calcinada	1 gr. 50
Subnitrato de bismuto	aa. 0 gr. 70
Creta preparada	aa. 0 gr. 70
Codeína	0 gr. 005 á 0 gr. 01
Bicarbonato de sosa	1 gramo

Mézclese bien en un paquete.—(ALBERTO ROBIN).

La única indicación especial de la menopausia consiste en la medicación revulsiva y derivativa. Los pediluvios sinapizados, los semicupios calientes y la aplicación de ventosas secas en la parte posterior del tórax y en los riñones, preparan la supresión de las reglas. Mas si estos medios resultaren ineficaces, no titubearemos un momento en practicar emisiones sanguíneas.

(1) ALBERTO ROBIN — *Las enfermedades del estómago: diagnóstico y tratamiento.* París, 1900.

Nosotros aplicamos seis, ocho ó diez sanguijuelas en el hueco epigástrico, siendo muy raro que no determinen algún alivio. En otros casos hemos obtenido buenos resultados con la aplicación de un vejigatorio. Como precaución y para prevenir la reaparición de los accidentes ó para atenuarlos, bueno será volver á tomar pediluvios sinapizados, semicupios calientes y aplicar las ventosas algunos días antes de la época probable del retorno del acceso congestivo correspondiente á la falta de las reglas, ó sea de unos veintiséis ó veintisiete días después del acceso hiperesténico.

Si las enfermas sufrían del estómago ya antes de la menopausia, los síntomas se presentan de una manera mucho más compleja y la terapéutica no resulta tan eficaz; pero el concepto general, lo esencial de la terapéutica, es el mismo siempre.

Entonces es principalmente cuando podemos comprobar los fenómenos que, lejos de pertenecer á la hiperestenia, dependen, por el contrario, de la *hipostenia gástrica*. Pero, aparte de toda alteración gástrica anterior, las metrorragias repetidas y á veces tan abundantes de la menopausia originan y sostienen una hipostenia con *hipoclorhidria* con tendencia bien manifiesta á la anemia general. No basta entonces instituir el tratamiento de la dispepsia por insuficiencia funcional, pues el estado general continua dominando la situación, y un buen medio de conseguir alguna mejoría en este caso particular es practicar diariamente inyecciones hipodérmicas de suero artificial. Pues en la menopausia es cuando en las antiguas gastrópatas se ven exasperar los trastornos debidos á las *fermentaciones gástricas* y que dependen de *visceroptosis, prolapsos grasosos del abdomen* y *constipacion crónica* con *enteritis glerosa*. En todos estos casos, nos parece muy indicado, cuando no indispensable, el empleo de la faja abdominal, pues casi siempre determina un notable alivio y favorece la beneficiosa influencia de la medicación empleada contra los accidentes dispépticos del prolapso grasoso ó de las visceroptosis.

En la edad crítica de la mujer se observan todas las variedades de dispepsia. Hay una forma dolorosa que la hemos observado sobre todo en las mujeres que padecen una afección uterina, la que en la menopausia adquiere una intensidad de las más penosas. Determina un dolor en barra muy fuerte en la cintura, con irradiación dorsal que sobreviene por accesos y que en el intervalo no desaparece completamente ni va acompañado de ardor gástrico, acritud, ni de acideces, ni tampoco determina vómitos de ninguna clase, ni constipación. Una enferma lo comparaba á una torsión, á una sensación muy viva de cólico intestinal; nosotros creíamos que se trataba principalmente de un simple trastorno de la musculatura y

de la sensibilidad, de un verdadero *calambre del estómago*. Sea lo que fuere, para obtener una rápida sedación del sufrimiento, nada mejor que la ingestión por pequeños sorbos de una bebida *caliente*, té ligero ó leche y la aplicación de vejigas de agua caliente en el hueco epigástrico. Si tarda en sobrevenir la calma, se administrarán varias veces una ó dos gotas blancas:

Clorhidrato de morfina.	0 gr. 10
Agua de laurel-cerezo.	5 gramos

H. s. a. Solución de la que se tomarán una ó dos gotas en un terrón de azúcar ó en una cucharada de sopa de agua clorofórmica.

Otras veces prescribiremos según una fórmula de Alberto Robin:

Agua de cal.	100 gramos
Clorhidrato de cocaína.	0 gr. 03
Codeína.	0 gr. 05

H. s. a. Solución de la que se tomará una cucharadita de postre cada hora hasta obtener la sedación.

También conviene asegurarnos de si los trastornos gástricos son sostenidos ó exagerados por un *corsé* demasiado apretado ó mal confeccionado, y que por razones de coquetería las mujeres no quieren dejar de usarlo en la edad en que dicho corsé ha de luchar con un depósito de grasa progresivo que deforma el talle y el abdomen. También es necesario investigar si la dispepsia es la manifestación ó la repercusión de una *alteración hepática* ó *renal*, pues entonces viene á ser secundaria.

Se tratan enfermas propensas á sufrir empachos gástricos de repitición con vómitos amargos y verduzcos, crisis de diarrea biliosa, que sufren sobre todo de *congestión hepática* por fluxión suplementaria.

Los *accidentes hepáticos* tan frecuentes, cólico hepático, congestión, etc., necesitan el tratamiento general, como también las *hiperemias renales* de que hemos hablado ya anteriormente (pág. 238) y que tan bien alivian ó mejoran las emisiones sanguíneas. Ya hemos indicado la beneficiosa influencia en estos casos de un flujo *hemorroidal*, que nos guardaremos muy mucho de suprimirlo.

La *cistitis*, que frecuentemente depende de una infección vesical de origen vaginal, no ha de confundirse con la *cistalgia* de la menopausia y con la *congestión pasajera* de la mucosa vesical. Contra estos dos últimos accidentes Bardet aconseja baños cotidianos de almidón antes de acostarse, un supositorio vaginal que contenga 5 miligramos de clorhidrato de morfina, tres veces al día diez gotas de tintura de hidrastis

canadensis, el agua de Contrexeville entre las comidas y cada día, en cuatro tomas, 2 gramos de bromuro de amonio.

No creemos necesario insistir sobre el tratamiento de los *trastornos cardíacos:* unos, dependiendo de la hipertensión arterial, se combatirán como á tales por medio de los yoduros, la trinitrina y el régimen lacto-vegetal; las miocarditis y las esclerosis necesitan el régimen y la medicación yodurada, etc., y los fenómenos ó trastornos neuropáticos reclaman el valerianato de amoníaco y la hidroterapia. Nada de extraño tendría que por medio de la opoterapia ovárica se aliviaran mucho algunas *taquicardias* llamadas *funcionales* y las *anginas de pecho* de la menopausia; la interpretación de estos hechos nos induciría á una discusión acerca de su patogenia que no entra en nuestro plan, pero pensamos ocuparnos de ello en otro trabajo. Bastará aquí que digamos que ciertos accidentes cardiovasculares que se consideraban como de origen nervioso, como la taquicardia, el síndrome basedowiano, nos parecen ser provocados por la distrofia ovárica.

Finalmente, podemos ser consultados por pequeños *accidentes cutáneos*, acné, *varicosidades,* que tratamos según los procederes ordinarios con sólo la indicación especial de una derivación en el tubo digestivo. El *prurito generalizado* se atenúa tomando las siguientes píldoras de Shœmacker, cuya fórmula es:

Oxido de zinc.	0 gr. 30
Quinina.	2 gr. 50
Extracto de áloes..	1 gramo
Jugo de regaliz.	C. s.

Divídase en veinte píldoras; tómense tres al día.

Al mismo tiempo se lavarán las partes afectas con agua fenicada débil á la que se ha añadido mentol ó alcohol aromático.

Alberto Robin aconseja también que se tomen, antes del almuerzo y de la comida, 3 gramos de *tartrato de potasa* disuelto en medio vaso de agua.

3.° **TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES GENITALES.** — No nos es posible desarrollar aquí toda la terapéutica de los accidentes genitales de la menopausia, que por otra parte se estudian en varios capítulos de esta obra consagrados á la leucorrea, vaginismo, etc.

Nos limitaremos á insistir sobre algunos puntos especiales:

La *leucorrea*, además de los medios recomendados para atajarla, se modifica á veces con ventaja por un procedimiento que uno de

nosotros ha estudiado recientemente (1). Sobre todo cuando es de origen fluxionario, después de una rigurosa *toilette* de las vías genitales, se introducen en la cavidad de la vagina por medio del espéculum uno ó varios tapones de algodón empapados de la mezcla siguiente:

Acido láctico.	3 gramos
Glicerina.	100 —

H. s. a. mixtura.

El tapón se deja colocado casi todo un día, y por término medio se practica cada ocho días dicho tratamiento. En el intervalo se administran abundantes irrigaciones de agua caliente ó con cocimiento de hojas de eucalipto. La leucorrea disminuye, se hace menos espesa y, como muy bien lo hace notar Ilkewitch, pierde su fetidez, si es que existía.

En los casos de manifiesta *vaginitis*, además de los tapones de glicerina con ácido láctico aplicados de vez en cuando, conviene practicar el aislamiento de las superficies vaginales por medio de una venda de gasa esterilizada, que se mantiene aplicada en la vagina. Por la mañana y por la tarde se quitará esta gasa con el fin de poder practicar abundantes irrigaciones vaginales. En el curso de una vaginitis fétida muy especialmente rebelde, uno de nosotros ha obtenido un éxito bien rápido por medio de inyecciones con agua oxigenada diluída.

Algunos *pruritos vulvares* muy molestos, contra los cuales han fracasado muchos medios de tratamiento, se alivian de un modo notable cuando se espolvorea la región con la mezcla siguiente:

Polvo de ortoformo.	aa.
— de diyodoformo.	
— de talco.	

Mézclese exactamente.

La *congestión uterina* ocupa un lugar de la mayor importancia en la patología genital de la menopausia.

Los accesos congestivos que afectan la matriz del mismo modo que los demás órganos, provocan metrorragias, agravan las metritis y las alteraciones preexistentes del aparato útero-ovárico, ó favorecen su aparición si es que no existen dichas lesiones. Aparte de estas eventualidades, la congestion uterina basta por sí sola para producir trastornos y dolores de tal importancia que merecen nuestro estudio en un capítulo

(1) Pablo Dalché.—Varios usos del ácido láctico en ginecología. *Société de thérapeutique*, 1898.

especial (1). Las *emisiones sanguíneas*, la *medicación descongestionante* y la *opoterapia ovárica* constituyen el fundamento ó parte esencial de su terapéutica.

Los cuidados necesarios para tratar esta congestión uterina han de tenerse siempre presentes en el tratamiento de la *metritis*, que, por otra parte, se nos presenta bajo todos sus aspectos en la época de la edad crítica. Sin practicar el raspado hemos curado una metritis fétida (accidente que se observa en la menopausia) en una mujer de alguna edad, por medio de la simple dilatación é irrigación intrauterinas; en todos los casos puede comenzarse de este modo antes de recurrir á la cucharilla.

En este punto nos limitaremos á citar algunos detalles acerca el estudio de las *metrorragias*.

Cuando la pérdida sanguínea revela simplemente un *intenso acceso congestivo* en un útero sano ó poco alterado, prescribimos la ergotina, la digital, sin olvidar tampoco el sulfato de quinina, que es en donde está mejor indicado; el hamamelis, el hidrastis, etc., unen igualmente su acción á la de las irrigaciones calientes y á los distintos medios que exponemos en el tratamiento de la congestión uterina. Pero conviene tener presente que el hecho de la hemorragia no impide las emisiones sanguíneas, antes al contrario, debidamente practicadas, producen excelentes resultados.

La metrorragia debida á la *coprostasis*, á la *autointoxicación* y á los diversos accidentes de las *falsas uterinas,* se observa lo mismo en la menopausia que durante el curso de la vida genital; el tratamiento es bien conocido.

La *hipertensión arterial* y la *arterioesclerosis* ocasionan pérdidas sanguíneas que no «les sienta bien la ergotina.» Huchard prescribe con justo motivo el opio y los sedantes. Los medicamentos cuya acción es contraer los vasos no resultan eficaces cuando la hemorragia se origina en una placa de degeneración ateromatosa ó de otra clase, y en estos casos realmente embarazosos, recurrimos al taponamiento ayudado con la solución gelatinizada y el cloruro de calcio.

La *esclerosis uterina*, ordinaria terminación de la congestión crónica, pero que también puede ser producida por otras causas, determina la aparición de hemorragias, que cohibimos por medio del cloruro de calcio y el taponamiento gelatinizado; mas la ergotina y sus auxiliares producen á veces buen resultado contra esta variedad de pérdidas, puesto que los vasos no siempre están profundamente alterados. Conviene tantear la susceptibilidad de la enferma, y aparte de todo flujo sanguíneo prescribimos píldoras

(1) Tratamiento médico de la congestión uterina.

de ergotina compuestas para obrar sobre el parénquima uterino, y prevenir, si es posible, el retorno de las hemorragias. En otras enfermas, por el contrario, parece que el yoduro potásico produce mejores resultados.

Las metrorragias de la *metritis fungosa* no ceden frecuentemente sino con el raspado, lo mismo en la menopausia que en cualquiera otra época de la vida.

Las metrorragias de los *fibromas*, de las *flegmasías periuterinas*, etc., sólo implican indicaciones especiales cuando sobrevienen á consecuencia de un estado fluxionario.

La higiene y la terapéutica de la menopausia y de sus accidentes encuentran un precioso auxiliar en un género de tratamiento de muy pocos años conocido y que vamos á describir, cual es la *opoterapia ovárica*.

X

De la opoterapia ovárica

El estudio de la *opoterapia ovárica* (ὀπος, jugo, extracto) será muy oportuno después del de los distintos tratamientos de los accidentes de la menopausia.

Mas, la idea de suplir la hipofunción del ovario por el jugo ovárico en inyecciones subcutáneas ó en ingestión, no fué la primera aplicación de este método general.

En efecto, esta opoterapia fué primeramente ensayada contra estados análogos á los que se trataba, por medio del líquido testicular y por las mismas razones. Brown-Séquard y Arsonval han practicado estos experimentos. Los efectos obtenidos no parecen del todo bien dilucidados, pues Brown-Séquard reconoce «que el líquido ovárico tiene menos potencia ó eficacia que el líquido testicular.» Bien pronto se fueron precisando las investigaciones, y el método fué preconizado en dos casos bien definidos: la menopausia natural ó quirúrgica y la clorosis.

1.° ACCIDENTES DE LA MENOPAUSIA. — En Francia, se debe sobre todo á Jayle el tratamiento de los accidentes de la menopausia por las preparaciones de ovario, y hasta el presente los trastornos que sobrevienen en la época de la cesación de las reglas, constituyen la principal y más seria indicación de esta opoterapia.

Al llegar á los cincuenta años, quejándose la mujer de un sinnúmero de molestias, ya no es posible limitarse á decirle «es la edad crítica la causa de todo esto.» Y por otra parte, ya hemos visto en el capítulo anterior que nuestros medios ó recursos contra esas molestias, unas evidentes, otras confusas, son bastante reducidos.

También la *opoterapia ovárica* constituye un nuevo coadyuvante, que no olvidaremos, ya que no ofrece ningún peligro para la enferma.

Empleada primeramente la *ovarina* en el curso de la *menopausia operatoria*, ha mejorado sobre todo los *fenómenos congestivos*, y en general todos los que anteriormente hemos enumerado como evolucionando bajo la dependencia de accesos fluxionarios.

En cambio no es tan eficaz su influencia sobre los *trastornos nerviosos* (Jayle).

Administrada durante la *menopausia natural*, no parece ser tan activa; no obstante, «se han visto mejorías bien comprobadas.»

Ensayaremos con preferencia su empleo siempre que un síntoma nos parezca de *origen fluxionario;* pero si pusiera en inminente peligro á la enferma, quedará la opoterapia en segundo término, y para acudir contra los graves é inmediatos peligros que pueden sobrevenir, como por ejemplo, la apoplejía, antes que á la opoterapia recurriremos á las sangrías, á los drásticos, etc. Son principalmente las llamaradas ó ráfagas de calor, las crisis sudorales, la sensación de dificultad respiratoria, la falsa angina de pecho las que atenúa ó hace desaparecer la opoterapia; á veces es necesario continuar durante algún tiempo la medicación antes de obtener un resultado satisfactorio.

Después de la menopausia operatoria, Jacobs ha comprobado que «la acción de la ovarina es tanto menos eficaz cuanto más joven es la enferma y cuanto más antigua la fecha de la operación; mas, por el contrario, cuando se trata de una mujer cuya edad se acerca á los cuarenta, el efecto producido por el tratamiento ovárico sobre los accidentes de la menopausia natural ó quirúrgica es de los más evidentes.» Esto constituye una ley que no podemos aceptar sin algunas reservas; está, por otra parte, en contradicción con lo que se ha comprobado sobre la menor eficacia de la opoterapia en los trastornos de la menopausia natural.

2.° **CLOROSIS.** — Las teorías que parecían más bien sustentadas y razonables han sido actualmente más ó menos discutidas, quedando dudosa la eficacia de estas críticas; en cambio, las más recientes investigaciones modernizan, por decirlo así, ideas ó conceptos considerados como pueriles ó anticuados.

Se ha puesto empeño en demostrar que los trastornos ováricos no tienen nada de común con la patogenia de la clorosis, y no hace mucho tiempo todavía que, en oposición al criterio de los antiguos, nadie atribuía al flujo menstrual un papel de depuración del organismo, y nadie tampoco, así lo creemos, admite hoy día que su única función sea la de expulsar los humores pecantes.

Mas he aquí que el estudio de los jugos orgánicos conduce á algunos autores á estas teorías ó conceptos de mucho tiempo abandonados.

Spillmann y Etienne (de Nancy), y después Etienne y Demange, reconocen al ovario, en una serie de comunicaciones, un triple papel fisiológico:

1.° Glándula que tiene una secreción externa, la del óvulo;

2.° Glándula encargada de eliminar por la sangre de las reglas el exceso de toxinas orgánicas que se forman en cantidad exagerada en el organismo femenino;

3.° Glándula provista, lo mismo que el testículo, de una secreción interna, destinada quizá á las células de tipo glandular y que constituyen los cuerpos amarillos, desempeñando un papel de alguna importancia en la nutrición general.

Sean modificadas ó alteradas estas tres funciones, entonces es cuando aparece, durante la fase de desarrollo, una autointoxicación especial dependiente de la *insuficiencia ovárica* y se revela por la clorosis. Es muy posible, dicen Etienne y Demange, que hasta el momento en que en la pubertad entra en función el ovario, este papel antitóxico lo desempeña otro órgano, quizás el timo, que más tarde desaparece. Blondel participa de las mismas opiniones.

Sobre este punto caben gran número de hipótesis y cada uno aporta su teoría. Curatulo opina que el ovario vierte continuamente en la sangre un producto cuyas propiedades esenciales favorecen la oxidación de las substancias orgánicas fosforadas, de los hidratos de carbono y de las grasas; Fedoroff cree que este producto impresiona el sistema nervioso, los centros vasomotores y los órganos genitales, etc. En sentir de Etienne y Demange, la ovareína presenta, desde el punto de vista clínico, los caracteres de un fermento soluble con manifiestas propiedades oxidantes. Prenant tiene por muy probable que son los cuerpos amarillos los que se convierten en órganos de secreción interna, aun cuando ésta se manifiesta sólo «temporalmente en las fases de actividad sexual de la mujer.»

Sin detenernos á discutir esas diversas interpretaciones, parece bien demostrado que el ovario es asiento de una secreción interna, de grande

importancia en la vida de la mujer; y si la elaboración de esa substancia especial se trastorna ó suspende, estallan fenómenos que atestiguan la insuficiencia ovárica.

Estas nuevas interpretaciones ó teorías suponen consecuencias terapéuticas muy interesantes; en efecto, la teoría nos lleva á la *clorosis de origen genital,* ó mejor á una variedad de clorosis de origen genital, en cuyo caso parece del todo indicado suplir por medio de las preparaciones de ovario la hipofunción de este órgano. Según han referido algunos autores, este método de tratamiento ha proporcionado algunos buenos resultados. Spillmann y Etienne han visto mejorar el estado general, disminuir la palidez y aumentar el número de glóbulos; Etienne y Demange citan 17 casos en que todas las manifestaciones cloróticas cedieron muy rápidamente; Muret y Bestion han observado también una notable mejoría.

Pero no siempre todo son éxitos, pues á varios médicos no les ha dado resultado el empleo de este tratamiento. Uno de nosotros ha tratado una joven afecta de seria clorosis, la que al mismo tiempo que tomaba la *ovarina* recobró las fuerzas y el apetito, y en un mes aumentó cinco libras de peso. Mas habiendo tenido siempre una menstruación regular hasta en los comienzos de los accidentes cloróticos, sus reglas, fenómeno bien singular, empezaron por primera vez á faltar, mientras el estado general iba mejorando cada día; la ingestión cotidiana de ovarina coincidió con la aparición de la amenorrea. ¿Es esto decir que la opoterapia no influye en nada en la curación de la enferma?

¿Es posible que, dados los fracasos obtenidos, no se trataría tal vez de la *clorosis* ó *cloroanemia* y, por el contrario, la medicación se ha aplicado á estados que no dependían de una misma causa? Indudablemente no hay que considerar como de insuficiencia ovárica todos los casos tratados por esta opoterapia.

3.° ENFERMEDAD DE BASEDOW. — En las mujeres que sufren de *bocio exoftálmico*, están alteradas las funciones genitales y casi siempre es la supresión de las reglas lo que sobreviene; por el contrario, en el *mixedema* las tan frecuentes metrorragias acaban por ser muy graves. Y habiéndose combatido con éxito algunas hemorragias uterinas por medio de las preparaciones de cuerpo tireoides, era muy racional pensar en la ovarina para la terapéutica de una afección tan rebelde como la enfermedad de Basedow. Los casos publicados de esta naturaleza no son todavía muy numerosos, y algunos demuestran el éxito obtenido (Jayle, Muret). Seeligmann ha seguido la historia clínica de 3 casos muy curiosos, en los que mujeres, que tenían á la vez bocio exoftálmico y atrofia de los

órganos genitales, notaron que los accidentes se amortiguaban mucho bajo la influencia de la opoterapia ovárica.

La alteración de los órganos genitales tiene á menudo una positiva influencia sobre la aparición del bocio exofálmico, y se comprende que si existe una lesión, un mál funcionamiento ó una insuficiencia (menopausia) del aparato genital, el tratamiento por medio de la opoterapia ovárica parece ser el mejor (R. Moreau).

Nosotros hemos tenido ocasión de cuidar á una enferma afecta de metritis y de salpingitis, que era basedowiforme más bien que verdadera basedowiana; la ovarina había atenuado bastante algunos de sus síntomas.

4.° ACCIDENTES DE LA MENSTRUACIÓN. — Las preparaciones de ovario no pueden dejar de ensayarse contra los *trastornos de la menstruación*, y se han empleado contra la *amenorrea*, la *dismenorrea* y hasta contra las *metrorragias;* en las metrorragias fluxionarias de la menopausia y, en general, en los trastornos menstruales que se acompañan de los síntomas de insuficiencia ovárica, es donde se obtiene resultado con el empleo de este tratamiento.

Unas veces se calma la *dismenorrea* y otras no se consigue ninguna sedación de los dolores. El medicamento lo prescribiremos con preferencia cuando la dismenorrea es la manifestación de una ovulación penosa, defectuosa, un molimen difícil, exacerbado por un estado neuropático, ó cuando los dolores aparecen con motivo de un flujo sanguíneo poco abundante y de alguna fecha. No parece menos indicado cuando los sufrimientos menstruales provienen de una lesión aguda ó crónica de la matriz y de los anexos (1).

Todo lo que hemos dicho en los anteriores capítulos nos dispensa de insistir aquí detalladamente acerca de la *amenorrea*. La opoterapia se aconsejará sobre todo siempre que tenga que estimularse una pubertad tardía dependiente de funciones ováricas perezosas; se prescribirá también en la *amenorrea accidental*, cuando á consecuencia de un traumatismo, una emoción, un defecto de higiene, etc., la supresión brusca de las reglas provocará accidentes por parte de la pelvis y órganos distantes. También se ordenará para detener las reglas suplementarias ó desviadas y provocar el flujo sanguíneo por las vías naturales en las enfermas cuyo estado es agravado por las fluxiones que se presentan en otras regiones.

5.° ENFERMEDADES Y DEFORMIDADES GENITALES.—Finalmente, se han referido casos en que afortunadamente se ha modificado una *atrofia*

(1) Véase *Dolores menstruales.*

congénita, una *detención de desarrollo* de los órganos genitales, un *útero pubescente*, solicitando una más completa evolución.

La *ovaritis aguda* y todas las *afecciones anexiales* capaces de oponer algún obstáculo á una ovulación normal ó de alterar el cuerpo amarillo (Etienne y Demange), pueden originar un *estado general* que la ovarina combate con cierta eficacia.

6.° **AFECCIONES NERVIOSAS.** — Las tentativas, por lo demás raras, que se han hecho contra el *histerismo* han resultado ineficaces la mayoría de las veces. No obstante, Clement ha conseguido la desaparición de una contractura histérica y Regis ha obtenido un efecto muy notable en dos casos de obsesión histérica y neurasténica con amenorrea; uno de nosotros ha conseguido amortiguar algunos síntomas molestos que dependían de la *neurastenia*.

Las mujeres afectas de *melancolía* ó *vesania* resultan ligeramente mejoradas. Tambroni, en cuatro *alienadas* que tenían amenorrea, ha visto reaparecer las reglas y amainarse los accidentes psíquicos. En el empleo de los emenagogos en esta última clase de enfermas, se necesita una gran prudencia, puesto que muy á menudo un período menstrual provoca la exacerbación de los trastornos cerebrales (Brierre de Boismont); por esto conviene distinguir los casos. Una joven con confusión mental presentaba una agravación de todos los síntomas en la época correspondiente á la falta de las reglas; consultado uno de nosotros para este caso, aconsejó la ovarina, á lo menos durante los períodos de agravación. Al cabo de unos dos meses, la sangre fluyó durante cuatro días y esta hemorragia coincidió con una mejoría que permitió á la familia recoger á la enferma.

7.° **OBESIDAD. — OSTEOMALACIA.** — La opoterapia ovárica no parece tener una gran influencia sobre la *obesidad;* en algunos casos, la experimentación en animales ha demostrado un aumento de peso (Dalché y Milian, Bestion). No obstante, Richter, fundándose en que la administración de la ovarina á los animales castrados activa los cambios gaseosos, la aconsejó contra la abesidad, opinión que comparte también Hirschfeld.

El tratamiento ha sido ensayado con distintos resultados en el curso de la *osteomalacia*.

8.° **CONSIDERACIONES GENERALES.** — Ch. Livon coloca al ovario entre las glándulas hipotensivas y refiere que la inyección de extracto

ovárico determina una disminución de la presión arteria considerable y *aceleración del pulso*. Este aumento en la frecuencia del pulso ha sido indicado también especialmente por Tambroni y Muret.

Varias de nuestras enfermas han presentado, en el curso del tratamiento, una *orina* muy abundante, y en algunas de ellas hemos podido observar un aumento casi diario de esta emisión; en otras no ha sobrevenido ningún cambio verdaderamente notable. Nunca hemos podido comprobar la existencia de *albúmina* ó de *azúcar* que pueda atribuirse á la opoterapia.

Parece bien comprobado que la cantidad de *fosfatos* eliminados disminuye después de la castración, y sabido es que la ablación de los ovarios ha sido aconsejada contra la osteomalacia. Curatulo, después de las inyecciones subcutáneas de jugo ovárico á perros castrados, dice haber visto aumentar la cantidad de *fosfatos* (considerablemente disminuída después de la operación) y hasta ser superior á la que se había observado antes de la castración. Una de nuestras enfermas, joven clorótica, presentó una eliminación fosfática exagerada. En el curso de la opoterapia ovárica, siempre será muy prudente repetir el análisis de la orina con varios días de intervalo y comprobar si la *fosfaturia*, como toda otra complicación, no reporta ningún beneficio de la terapéutica empleada, observándose una pérdida cotidiana un tanto acentuada.

La administración de las preparaciones de ovario no tiene ningún peligro, como tampoco su absorción jamás va seguida de fenómenos alarmantes. Sólo se han observado algunos dolores abdominales, cefalea, miosalgia y aceleración del pulso. En dos enfermas de Spillmann y Etienne se elevó la temperatura á 38°. Todo esto es raro y no tiene gravedad, pues impunemente se han hecho ingerir grandes cantidades de substancia ovárica. La posibilidad de un embarazo será una contraindicación como para todos los emenagogos.

9.° POSOLOGÍA. — Hasta el presente las preparaciones de ovario han sido prescritas de tres maneras:

Ovario crudo, en ingestión;

Líquido ovárico, en inyecciones subcutáneas;

Ovarina, polvo desecado (en obleas ó en tabletas).

Lissac ha hecho tomar á sus enfermas unas veces bolos de *ovarios machacados* de 10 á 20 gramos y otras uno ó dos paquetes de ovarina de $0^{gr},125$.

Muret ha empleado la *ovarina líquida* (extracto glicerinado: 1 gramo de substancia ovárica por 5 gramos de glicerina) en inyecciones subcu-

táneas, á razón de 50 centigramos á 1 gramo al día; también ha empleado pastillas que contienen 0gr,25 á 0gr,30 de ovario desecado, tomándose de 2 á 3 al día.

Spillmann y Étienne han utilizado ovarios de ovejas frescos, substancia desecada ó jugo ovárico.

Otros autores han llegado á dar hasta 3 gramos en inyecciones subcutáneas, ó bien se limitaban á administrar preparaciones frescas de ovario en obleas; otros aconsejan cápsulas de 0gr,20 de extracto á la dosis de una ó dos cápsulas y más; R. Mond prescribe tabletas de 0gr,25 de substancia ovárica, cuatro al día.

Touvenaint ha deducido que la dosis media del polvo desecado de ovario no ha de pasar de 0gr,24 á 0gr,36 al día.

En la *Pharmac. Zeitung*. (1898, n.° 12) la opoovarina se ha aconsejado de 0,2 á 0,8 en una sola vez y de 0,6 á 3 en las veinticuatro horas. Una parte corresponde á cinco de substancia fresca (*Nouveaux Remèdes*, pág. 215, 1898).

Bestion prescribe píldoras de extracto seco que contienen 10 centigramos cada una de ovario, de 2 á 6 al día. Jayle comienza por pequeñas dosis de 0gr,10 ó 0gr,50; si fracasan, ensaya entonces dosis masivas.

Hallion desgrasa el órgano, lo deseca á una temperatura algo elevada y lo pulveriza. El polvo de este modo obtenido tiene la ventaja, dice dicho autor, de contener con la menor alteración la totalidad de substancias químicas características del organismo. Representa unas cinco veces su peso de órgano fresco y Hallion lo prescribe á la dosis de 0gr,20 á 0gr,40 al día en obleas. (Comunicación oral).

CUARTA PARTE

TERAPÉUTICA MÉDICA DE LAS ENFERMEDADES DE LAS MUJERES

Introducción

Sería una injusticia y hasta una puerilidad no reconocer los inmensos servicios que la cirugía proporciona en el tratamiento de las enfermedades de las mujeres. Siendo la intervención operatoria actualmente, y gracias á los progresos modernos, más audaz y segura, ha cambiado del todo la evolución y pronóstico de algunas afecciones, cuya marcha era considerada por nuestros predecesores como indefinida ó incurable.

La primera obligación del médico es la de hacer comprender á las enfermas la necesidad de una intervención quirúrgica y de saberse imponer tan pronto lo exijan las circunstancias.

Mas todas las enfermedades del aparato genital no reclaman indefectiblemente una seria intervención operatoria. El médico, llamado desde los primeros días de la enfermedad, es necesario que formule su diagnóstico y proporcione los cuidados consiguientes, esforzándose por todos los medios de que pueda disponer en conseguir la curación, esto es, en evitar la intervención cruenta.

Muy á menudo un ligero trastorno, descuidado por considerarle insignificante, determina serios accidentes que se evitarán si desde los comienzos de la enfermedad se ha instituído una higiene y terapéutica rigurosas.

Muchos casos de ginecología, en sus primeras fases ó período, no reclaman una operación que más adelante viene á constituir un precioso recurso; mas entonces no conviene obrar sistemáticamente ni retrasar, perdiendo en consecuencia un tiempo precioso.

Por el contrario, algunos casos en toda su duración sólo necesitan cuidados medicamentosos, puesto que cualquier otro tratamiento no resulta indicado y hasta es inútil.

Del mismo modo que con las distintas ramas de la patología interna, el médico ha de familiarizarse también con la ginecología, no sólo para que pueda diferenciar una falsa uterina de una verdadera, sino también para que pueda combatir los accidentes, prevenir las complicaciones y aconsejar los procedimientos más radicales, siempre que juzgue insuficientes sus prescripciones.

Así, pues, nos proponemos en los siguientes capítulos exponer algunas prácticas de terapéutica médica que muy frecuentemente empleamos en estos casos.

A veces nos veremos obligados á incurrir en repeticiones, insistiendo de nuevo sobre lo que ya hemos expuesto en otras partes de esta obra. Este inevitable inconveniente quizá quedará un tanto amortiguado ante la ventaja que nos reporta el reunir en un mismo capítulo prescripciones diseminadas, lo que permite poner de manifiesto de una manera más general sus indicaciones y contraindicaciones.

Pero aquí no entraremos en el estudio de la semiología y del diagnóstico, mientras no sea con el fin de deducir las conclusiones estrictamente necesarias para poder establecer ó instituir los distintos tratamientos, según la variedad ó fase de la enfermedad.

Nuestro fin no es reunir y discutir todos los medios que han sido preconizados en ginecología médica. Nos bastará explicar sencillamente lo que acostumbramos hacer y aconsejar en la mayoría de los casos que acuden á nuestra consulta.

Esto no quiere decir que rechacemos los procedimientos que aquí no mencionamos; indudablemente hay algunos excelentes, de los que no hablaremos quizá porque no los conocemos tan bien, y otros porque no son de uso tan corriente.

El *tratamiento hidrológico* vendrá más adelante como complemento natural de este conjunto de cuidados.

CAPITULO PRIMERO

TRATAMIENTO MÉDICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA VULVA Y DE LA VAGINA

I

Consideraciones generales

Entre las afecciones de la *vulva* y de la *vagina* que llevan á las mujeres á consultar al médico, hay algunas que, á primera vista y examinándolas superficialmente, pudieran parecer benignas y de escasa ó ninguna importancia. Y, sin embargo, á pesar de estar desprovistas en sí mismas de gravedad, por su evolución, que resiste á una multitud de tratamientos locales, por su tenacidad y tendencia á las recidivas, se hacen con el tiempo muy penosas para las enfermas. El más sencillo accidente de los órganos genitales externos oculta á veces una afección seria, de la cual es sólo un síntoma transitorio ó persistente, y la ginecología ha de recurrir á la patología general para establecer el diagnóstico y la terapéutica de un modo completo.

Así es como se han descubierto muchas veces *diabetes* hasta entonces ignoradas. Un simple *eritema* vulvar, el *intértrigo* ó los brotes de *herpes*, mejorados momentáneamente, pero reproduciéndose con suma facilidad; un *prurito* ó un *eczema* tenaces, la *leucorrea* singularmente fétida y una *anafrodisia* repentina, ponen en camino de descubrir la glucosuria. Y en tanto no se combata la causa primera, continuará manifestándose del mismo modo el fenómeno local, ó en peligro de repetirse incesantemente en los casos de desaparecer por un tiempo más ó menos largo. Además, nuevos accidentes vendrán á unirse á las antiguas infecciones secundarias, se establecerán en ese terreno ya abonado y las complicaciones más sencillas tomarán de pronto caracteres graves. Importa, pues, siempre examinar

la orina, sobre todo si se trata de mujeres de alguna edad, y, por lo que á nosotros toca, practicamos siempre este análisis, que consideramos el complemento indispensable de nuestras investigaciones.

No es sólo la diabetes la que ha de preocuparnos, pues la *gota* y el *artritismo* provocan también muy fácilmente trastornos, siendo algunos de ellos muy análogos á los que acabamos de enumerar. El *neuroartritismo* y el *nervosismo* imprimen también su sello sobre otras manifestaciones, y por último, también el *linfatismo*, la *debilidad* del organismo, etc., reclaman á su vez cuidados generales para que la terapéutica instituída contra las afecciones de la vulva y de la vagina resulte más eficaz.

No nos ocuparemos aquí de la *sífilis*.

Sin embargo, no conviene llevar á la exageración el empeño ó cuidado de combatir la causa primera y llegar á olvidar ó á colocar en segundo lugar el tratamiento local; al contrario, también por su parte no deja de ser indispensable.

Si bien hay casos en que nos vemos obligados á recurrir á una medicación variada y enérgica para modificar el estado de la vulva, afortunadamente en otros es del todo inútil multiplicar los medios, *siendo los mejores los más sencillos*.

Ya nos ocuparemos luego de los detalles propios de cada enfermedad; mas en algunos casos obtendremos buen resultado comenzando por los procedimientos ó métodos de tratamiento que parecen ser más simples, puesto que se reducen á bien poca cosa:

La *limpieza* y la *asepsia* (más bien que la antisepsia, cuyos resultados no son siempre muy ventajosos), los *lavados con agua caliente* y el *aislamiento de las superficies*, bastan para combatir todo un conjunto de pequeños accidentes, que los tópicos más diversos no llegan á modificar (1).

Si existen ulceraciones vulvares con tendencia á adquirir una marcha serpiginosa, á avanzar é invadir progresivamente, después de un riguroso lavado de la región, y anestesiándola con cocaína si se juzga necesario, con un pincelito se aplica luego sobre las partes ulceradas una solución etérea saturada de *diyodoformo*; inmediatamente después se aplica una pequeña cura con gasa esterilizada y algodón.

El diyodoformo, sin tener los inconvenientes, conserva las propiedades del yodoformo; sobre todo no tiene el olor que éste despide y que se hace insoportable para muchos enfermos. Sin embargo, aparte de estas

(1) Por esto se ven curarse placas mucosas localizadas en los órganos genitales externos con la simple aplicación de agua caliente, de lo cual algunos han deducido que el *mercurio* es inútil en el tratamiento de la *sífilis*. Hasta podrá suceder que una sifilítica sin tomar mercurio cure más pronto que otra sometida á la medicación hidrargírica.

pequeñas molestias, el polvo de *yodoformo*, extendido en una superficie ulcerada, constituye un tópico excelente, que nosotros empleamos muy frecuentemente en caso necesario.

Mas hay un cuerpo ó producto al que muy á menudo recurrimos y que nos ha dado los mejores resultados, y es el *eritrol*, que A. Robin ha introducido muy recientemente en la terapéutica.

El *yoduro doble de bismuto y de cinconidina* ó *eritrol* se presenta bajo el aspecto de un polvo muy fino, de un color rojo vivo, soluble en el agua, inodoro, teniendo la propiedad de descomponerse lentamente en un medio alcalino. A. Robin comenzó por emplearlo como tópico en las úlceras pútridas, y quedó verdaderamente sorprendido de sus propiedades desinfectantes. Aunque desprovisto de todo olor, el *eritrol,* aplicado en las úlceras cancerosas, en las de la pierna y en las ulceraciones fétidas de la mucosa bucal y de las amígdalas, destruye ó modifica rápidamente los malos olores.

Por sus propiedades antisépticas y desinfectantes está el *eritrol* indicado en el curso de numerosas afecciones de la vulva, vagina y de la matriz, y lo empleamos sin ninguna clase de temor, puesto que no es tóxico ni irritante. Es un buen modificador de los tejidos y de muy fácil manejo; basta, con un pincel ó con un pequeño hisopo de algodón, depositar este polvo en la superficie enferma y cubrir después la región con un ligero apósito, renovando la cura cada día.

Procedemos de este modo en los casos de eritemas más ó menos excoriados, de ulceraciones de cualquier clase y de cánceres que se desarrollan en la vulva, en la vagina ó en el cuello uterino.

Por lo demás, al estudiar las distintas enfermedades del aparato genital, ya indicaremos sucesivamente la utilidad de estas prácticas de fácil ejecución, cuya aplicación da muy buenos resultados contra las afecciones que, aun no siendo graves, no dejan de ser enojosas.

II

Enfermedades de la vulva

Eritema

Siendo el *eritema* vulvar frecuente sobre todo en las diabéticas, en las obesas y en las mujeres cuyas mucosas y tegumentos se irritan con rapidez al contacto de la leucorrea, ha de combatirse á causa de las sensaciones

tan desagradables de ardor y comezón de que se acompaña y por las complicaciones inflamatorias y demás que pueden sobrevenir. Las irrigaciones vaginales cotidianas se seguirán de un lavado abundante con *agua hervida caliente* de los órganos genitales externos, cubriendo después la región con polvo de *almidón*, de *talco* ó de *subnitrato de bismuto*. El eritema, acompañado de cierto grado de tumefacción y en el que se presentan algunos puntos que tienden á excoriarse fácilmente, se modifica por medio del *eritrol*. Como las emisiones de orina mojan los labios, estos cuidados serán bastante repetidos.

Intértrigo

Lo mismo puede decirse del *intértrigo*, cuya primera condición para su curación es la mayor y más escrupulosa *limpieza*. Cuando la inflamación es muy pronunciada, se *aislarán* primeramente las partes con gasa ó compresas finas empapadas de un *agua emoliente;* después se espolvoreará con polvos de almidón, talco, etc., á los que se añade *óxido de cinc* en partes iguales ó al tercio.

Herpes

El *herpes* de ningún modo debe descuidarse; además de las molestias ó sufrimientos, en verdad poco agudos, que su aparición determina y también su tendencia á las recidivas, constituye una puerta de entrada para las infecciones cuando las vesículas, una vez llegadas al período de ulceración, se hacen un tanto duraderas. Uno de nosotros ha visto un herpes dar origen á una flegmasía vulvar, alterando la salud general de la enferma de un modo alarmante.

Precisamente los antisépticos, como el *ácido fénico* y el *sublimado*, no logran ningún resultado contra las vesículas antes ó después de su ulceración, irritando, por el contrario, los tejidos. En el período ó momento del acceso eruptivo, lo mejor es *aislar* las superficies y lavarlas con *agua caliente;* después, en los días siguientes, se espolvorearán con *almidón* ó *bismuto* y se practicarán lociones ligeramente *astringentes: agua blanca* muy diluída en agua, etc. E. Gaucher recomienda una mezcla de *almidón* ó *talco* con *polvo de alumbre* que impide ó evita los brotes sucesivos; si el herpes vulvar es confluente, hace aplicar *curas húmedas boricadas* cubiertas con tafetán, y después, una vez calmada la irritación, se vuelve de nuevo á las mezclas de *almidón y ácido bórico*. En el in-

tervalo de las sucesivas erupciones, algunos autores recomiendan, con el fin de que los tegumentos sean menos susceptibles, someterlos cada día á la acción de las *astringentes* en lociones ó en polvos, por ejemplo, de *tanino;* pero en los casos rebeldes no se obtiene ningún resultado, si no se completa la medicación con una higiene y una terapéutica del *estado general.*

Eczema

En el *eczema* es principalmente donde se impone esta preocupación del *estado general;* la diabetes, la gota, el artritismo, las enfermedades de las vías digestivas, etc., necesitan un tratamiento, una higiene y un régimen especiales. Lo mismo puede decirse para las afecciones uterinas que por sus flujos consecutivos contribuyen á sostener el eczema. Y, apesar de todas estas precauciones, no siempre estamos seguros de podernos librar de tales perjuicios.

Las formas más intensas á veces sólo pueden aliviarse ó mejorar con las *curas húmedas,* aplicadas de un modo permanente, y con las *vaporizaciones.*

El eczema adquiere á veces una agudez y extensión tal, que hasta puede obligar á guardar cama á fin de que pueda aplicarse la cura y mantenerse de una manera completa y con todo rigor; afortunadamente no siempre se llega á tales extremos, calmándose y mejorándose estas formas de eczema separando los labios con algodón hidrófilo húmedo.

En el curso de los brotes menos intensos, basta aislar las partes cubriéndolas con polvos de *óxido de cinc* ó con una de esas pomadas de fórmula clásica:

Oxido de cinc.	aa.	5, 8 ó 12 gramos
Polvo de almidón.		según las indicaciones
Vaselina.		25 ó 50 gramos

H. s. a. pomada.—Lávese con agua caliente.

Contra el eczema y especialmente en las enfermas que padecen de prurito persistente entre los ataques eczemáticos, A. Robin y Leredde insisten en el empleo de un medio de tratamiento local que les ha dado muy satisfactorios resultados, y es el *bálsamo del comendador*, que emplean, según los casos, puro ó saturado con *áloes.* Embadurnan cada vez las regiones afectas con un pincel empapado de este bálsamo. Por la mañana se pulveriza en caliente sobre las mismas partes afectas una mixtura salina cuya composición es la siguiente:

Silicato de sosa.	0 gr. 20
Bicarbonato de cal.	2 gramos
Sulfato de cal..	0 gr. 05
Sulfato de magnesia.	2 gramos
Cloruro de sodio..	10 —
Agua..	C. s. para un litro

D. s. a.

En medio litro de agua de Seltz del comercio se añade primero el sulfato de cal, después 22 c. c. 2 de una solución de cloruro de calcio al 50 por 100, luego 21 c. c. 2 de una solución de carbonato de sosa neutro al 50 por 100. Por doble descomposición se forma cloruro de sodio y carbonato de cal en estado naciente, que al contacto del ácido carbónico disuelto en el agua se transforma en bicarbonato de cal, que permanece disuelto. Al mezclarse se enturbia el líquido, pero basta agitarlo un poco para que desaparezca dicho enturbiamiento. Se disuelve separadamente el silicato de sosa, el sulfato de magnesia y el cloruro de sodio cada uno en unos 50 gramos de agua introduciéndoles sucesivamente en la mezcla precedente, completándose el litro con agua común. A las veinticuatro horas, si se ha formado un ligero depósito, se separa por filtración ó decantación. Esta solución puede conservarse por mucho tiempo.

Después de haber practicado pulverizaciones en la piel con este líquido, se seca con algodón hidrófilo y se aplica (1) una nueva capa de *bálsamo del comendador* cuya composición es la siguiente:

Raíces de angélica.	10 gramos
Hipericón.	20 —
Mirra..	10 —
Olibano.	10 —
Bálsamo de tolú.	60 —
Benjuí.	60 —
Aloes.	10 —
Alcohol de 80°.	720 —

H. s. a.—Tintura.

Estas curas con el *bálsamo del comendador* combinadas con los lavados de *agua silicatada* se prescriben también contra el *intértrigo*, el *herpes*, el *acné* y contra algunos *pruritos vulvares*, etc.

Prurito vulvar

El *prurito vulvar* es una de las afecciones más intolerables y rebeldes que pueden sufrir las mujeres.

Sin embargo, es necesario separar, ó mejor, colocar en lugar aparte

(1) A. Robin y Leredde.—Academia de medicina, 1899.

los pruritos que dependen de una enfermedad parasitaria, como la *sarna, piojos, oxiuros,* etc., que curan combatiendo la causa primera, ó también los pruritos que acompañan al *eczema* y al *herpes*, á las simples *ulceraciones* de los labios y cuya gravedad varía con la etiología. Los pruritos originados por la irritación provocada por los *flujos uterinos* y *vaginales* en el curso de la metritis crónica, del cáncer, de los fibromas, etc., son muy tenaces y constituyen una muy enojosa complicación. La primera indicación que hay que cumplir en el tratamiento es procurar una rigurosa *limpieza* de la región, las *inyecciones y lavados frecuentes* y después proteger la vulva con *polvos de almidón,* y Gallard añadía *precipitado blanco* en la proporción de 1 por 10.

Mas el prurito verdaderamente desesperante es el que sobreviene con motivo de otras causas, sobre todo en la *menopausia,* en las *mujeres de alguna edad*, y también en todas las fases de la vida genital. Fenómeno nervioso, reflejo ó de cualquier otro género, dependiente del artitrismo, gota ó de la diabetes, ó también de origen bríghtico ó gástrico, no cesa un momento, se exalta periódicamente, siendo verdaderamente irresistible la necesidad de rascarse, exasperándose después al cabo de algunos minutos, y sostiene el insomnio, puesto que es más pronunciado, sobre todo por la noche. Ya hemos indicado los demás inconvenientes que puede determinar en la época de la *pubertad.* También algunas veces nos vemos obligados á emplear sucesivamente todos los medios terapéuticos sin lograr obtener un resultado de alguna consideración y mucho menos duradero; podremos, pues, multiplicar en estos casos las fórmulas y los procedimientos, que bueno será cambiar para satisfacer á las enfermas y evitar de este modo que pierdan las esperanzas. Recordaremos también las aplicaciones *calientes prolongadas por mucho tiempo* de una solución de *sublimado* al 1 por 1000, ó de una solución de *hidrato de cloral* al 10 por 1000, ó los toques con una solución de *cocaína* al 1 por 20 ó al 1 por 10.

Frecuentemente aconsejamos mantener aplicadas en la vulva el mayor tiempo posible, por la noche al acostarse, compresas empapadas de la solución de Gowland:

Bicloruro de mercurio..	aa 0 gr. 10 á 0 gr. 20
Clorhidrato de amoníaco..	
Emulsión de almendras amargas.. . .	200 gramos

Durante el día se cubre la región con *yodoformo.*

Hemos tenido ocasión de observar á Champetier de Ribes prescribir con buen resultado:

Agua destilada.	250 á 300 gramos
Alcohol.	C. s.
Sublimado.	1 gramo

H. s. a. Solución.

para lociones, una ó dos veces al día, empleando algodón hidrófilo empapado con esta solución; inmediatamente después se practica un buen lavado con agua, puesto que la primera aplicación determina á veces sensaciones muy dolorosas.

Gaillard-Thomas iba todavía más lejos y preconizaba el *sublimado* á una dosis todavía más concentrada, 2 gramos por 250 de agua destilada con 15 gramos de *tintura de opio.*

Los efectos que hemos comprobado anestesiando la mucosa con el empleo del polvo siguiente:

Polvo de yodoformo..	aa
» de diyodoformo.	
» de talco..	

Mézclese bien.

nos ha inducido á ensayarlo contra el prurito vulvar, en el que nos ha dado muy buenos resultados. Por lo demás, el *ortoformo* en general tiene sobre la *cocaína* la ventaja y superioridad de determinar una insensibilidad mucho más duradera y al mismo tiempo no es un medicamento tóxico.

Pero también muy frecuentemente prescribimos una pomada formulada de la siguiente manera:

Mentol..	0 gr. 05.
Guayacol..	0 gr. 30 á 1 gramo
Óxido de cinc.	10 gramos
Vaselina.	30 —

H. s. a. Pomada.

Será conveniente ensayar la susceptibilidad de la mucosa al *mentol,* antes de aumentar la proporción ó dosis.

También añadimos á esta pomada polvo de *áloes* á la dosis de 0gr,25 á 1 gramo. El *áloes* es un medicamento cuyos usos externos, tan apreciados por los veterinarios, están muy olvidados por el médico. Pueden también ensayarse las embrocaciones con la *tintura de áloes,* y ya hemos citado anteriormente los efectos del *bálsamo del comendador.*

El *ictiol* no debe ser olvidado, y H. Doizy opina que no sólo á falta de otra cosa, sino aun racionalmente el empleo del ictiol debe ser aconse-

jado en todos los casos de prurito vulvar, ya en pomada, como él hace (al 15 por 100), ya en emplasto como otros lo han recomendado, ó también en solución acuosa al 10 por 100, tal como indica Freund. Procediendo de este modo se puede muy bien obtener un buen resultado y en todo caso se respeta el antiguo «*primo non nocere.*» Considera que el poder descongestionante del ictiol puede siempre ejercer su acción sobre los grandes labios varicosos.

Ruge (de Berlín) practica una untura en la región afecta con *vaselina fenicada* al 3 ó 5 por 100 después de lavada con jabón y sublimado cada tres ó cuatro días.

Leredde (comunicación oral) ha recomendado el *salicilato de metilo* en pomada al vigésimo, y si es tolerado, al décimo. En varias ocasiones en que lo hemos ensayado hemos podido comprobar que la pomada al vigésimo determinaba una sensación de escozor muy desagradable y hemos de limitarnos á prescribir el salicilato de metilo al 1 por 40.

Simplemente basta algunas veces para calmar los paroxismos nocturnos «mantener constantemente sobre las partes genitales paños mojados en *agua muy fría*» como lo aconsejaba P. Rayer. Moritz Kaposi, por otra parte, dice también «que ha obtenido buenos efectos con aplicaciones refrigerantes locales;» este es quizás, en parte, el motivo de la acción calmante que reconocemos á las pomadas que contienen una pequeña cantidad de mentol. Sea como fuere, los *semicupios* y las *inyecciones* se tomarán más bien á una temperatura *fresca*. Los autores del Compendium refieren la historia de una señora que sólo podía lograr algunos ratos de descanso ó sosiego tomando semicupios fríos de media hora, repetidos seis ú ocho veces durante el día.

Por último, después de muchas tentativas, algunos observadores aconsejan la *electricidad*, y unas veces con las corrientes continuas y otras con las interrumpidas han logrado, si no la curación, cuando menos la atenuación del síntoma.

Es necesario también preocuparse de procurar el *sueño* á las enfermas, que deben evitar el uso de asientos y camas blandos (Rayer), que mantienen una temperatura demasiada alta en torno de las partes afectas, y si los *opiados* no están siempre indicados, se recurrirá con preferencia á la *antipirina*, á la *fenacetina* ó al *sulfonal*. Por otra parte, no debe descuidarse el tratamiento interno del prurito, y vemos sucesivamente preconizados como productores de una notable sedación los *arsenicales*, el *sulfato de quinina*, la *belladona*, la *valeriana*, y en especial el *valerianato de amoníaco* que usamos más frecuentemente.

En una comunicación reciente, Du Castel hace constar la beneficiosa

acción del *ácido láctico* en algunas afecciones pruriginosas; lo administra al comenzar las comidas á la dosis de VI á XX gotas al día en una pequeña cantidad de agua azucarada. La perplejidad que reina acerca la patogenia de ciertos pruritos vulvares incita á ensayar el ácido láctico con igual razón que los otros medicamentos. Pero la verdadera medicación interna es la que obra sobre el *estado general* y combate la etiología probable, no nos atrevemos á decir cierta, de este fenómeno tan molesto: trastornos dispépticos, hepáticos, renales; artritismo, diabetes, estado neuropático, tuberculosis, etc.

Los trastornos dispépticos se observan especialmente en los comienzos de muy numerosos casos de prurito (vulvar y otros) y la dispepsia es entonces complicada por fermentaciones.

Alberto Robin utiliza las propiedades del *eritrol* para combatir tales fermentaciones y lo prescribe asociado con el *fluoruro de calcio* del modo siguiente:

Eritrol.	0 gr. 02 á 0 gr. 10
Fluoruro de calcio	0 gr. 02 á 0 gr. 10
Magnesia calcinada.	0 gr. 10

Mézclese bien en una oblea. Tómese una oblea después de cada comida.

El *eritrol* está sobre todo indicado si se trata de la fermentación butírica; si, por el contrario, hay fermentación láctica, se prescribirá más bien el *fluoruro de amonio*.

Fluoruro de amonio.	0 gr. 10 á 1 gramo
Agua.	300 gramos

Disuélvase. Una cucharada de sopa en mitad de cada una de las dos comidas.

Cuando las circunstancias lo permitan, se pensará en completar la terapéutica por la *hidroterapia* en todas sus formas.

Foliculitis vulvar

La *foliculitis vulvar*, inflamación de los folículos mucosos y pilosebáceos, provoca sensaciones de prurito cuyo verdadero origen resulta bien manifiesto y evidente una vez se practica un simple examen. Desde Huguier, que ha sido el primero en describir esta afección, se le consideran tres períodos: 1.° uno de erupción, en el que se ven aparecer pequeñas prominencias de un rojo muy vivo; 2.° el de supuración, en el que el folículo adquiere una forma acuminada y se convierte en una pequeña

pústula (cuyo centro está ocupado por un pelo si el folículo es pilífero); esta pústula se recubre de una costra ó da origen á una ulceración; 3.° un último período de desecación. Por falta de resolución, el *acné* puede ser la terminación de la foliculitis. Mas el acné vulvar se produce también independientemente de la foliculitis; es, dice Gallard, el *acné varioliforme* de Bazín, ó la *exdermoptosis* de la vulva de Huguier: en este caso, los botones son indurados, sin inflamación de los tejidos circundantes. Se procurará no confundir esta foliculitis vulvar simple con la foliculitis sifilítica y la foliculitis chancrosa, que no se curan por los mismos medios, y en las que es necesario instituir el tratamiento especial de los accidentes sifilíticos ó de los chancros. Es, sobre todo, en las fases de erupción y de supuración cuando las mujeres necesitan nuestros cuidados, tanto á causa del prurito como de los fenómenos flegmásicos sostenidos por ulceraciones consecutivas, que á menudo tardan en cicatrizarse espontáneamente. Como para el herpes, no empleamos tampoco los antisépticos por temor de irritar la región. Al principio, recomendamos el *reposo*, *baños*, lavados con *agua caliente* ó aplicaciones *emolientes;* cuando ya se han formado las pústulas, las abrimos por pequeñas *incisiones* superficiales, y si encontramos ulceraciones que tienden á persistir, las tocamos con la punta de una barrita de *nitrato de plata*. Es muy raro que debamos recurrir al empleo del *yodoformo*. Verchère recomienda la incisión previa del conducto folicular, pues de lo contrario la cauterización resulta ilusoria, tocando después la pequeña cavidad con el *galvanocauterio*. A ejemplo de Huguier, pueden excindirse los folículos, sobre todo cuando son ligeramente pediculados.

Forúnculos

Aplicamos á la forunculosis de las vías genitales el tratamiento que A. Robin prescribe contra la forunculosis en general.

Al principio, después de haber afeitado la región, se limpia con un *jabonado prolongado;* luego la lavamos con *alcohol* y *éter;* en seguida tocamos repetidas veces los puntos enfermos con *tintura de yodo*.

Si el forúnculo continúa desarrollándose, se practican pulverizaciones con *agua fenicada al centésimo,* y en el intervalo recubrimos las partes afectas con compresas mojadas en una *solución antiséptica débil*, por ejemplo, el *sublimado al 1 por 4,000*. Una vez ha llegado á madurar, lo abrimos con el bisturí por una incisión crucial, previa anestesia con la cocaína ó el cloruro de etilo, y A. Robin recomienda que se introduzca en su cavidad una *pasta* cuya fórmula es la siguiente:

Azufre sublimado..	10 gramos
Alcanfor pulverizado.	10 —
Glicerina..	C. S.

M. s. a. para hacer una pasta semilíquida.

Esta pasta substituye ventajosamente las curas húmedas y se puede extender también por la superficie de las compresas que cubren los forúnculos.

Los trastornos viscerales, la naturaleza de las orinas, y especialmente el estado del tubo digestivo reclaman toda nuestra atención, y al tratamiento externo añadimos el empleo de las siguientes obleas:

Azufre sublimado.	0 gr. 10
Alcanfor pulverizado..	0 gr. 02

Mézclese bien en una oblea.—Tómense tres obleas al día.

Por último, la higiene de la forunculosis deberá ser de las más severas; se suprimirá el vino tinto, substituyéndolo por el vino blanco, y aun, si la enferma lo consiente, por el *agua de brea*.

Erisipela. — Ectima. — Impétigo

No insistiremos aquí sobre el tratamiento de la *erisipela*, del *ectima* y del *impétigo*, que no ofrece nada de particular.

Eritrasma

El *eritrasma*, cuya localización preferente es el pliegue génitocrural, si no causa apenas molestia, es cuando menos enojoso por la facilidad con que recidiva, y porque la pigmentación persiste aun después de la curación; debe perseguirse, por tanto, largo tiempo. Al principio se tocará cada día la zona afecta con la *tintura de yodo;* luego, cuando los toques hayan producido una buena descamación, con mayor razón una dermitis que impida continuarlos, se substituirán con el uso de polvo de *talco* adicionado de 2 por 100 de ácido *salicílico;* una ó dos veces á la semana fricciones jabonosas y baños sulfurosos.

Muguet

El *muguet* de la vulva, que se observa todavía algúnas veces y que da lugar á la producción del muguet de la vagina, si no se corrige á tiempo, requiere sólo los cuidados ordinarios en esta enfermedad: irriga-

ciones y lavados con aguas *alcalinas*, y si el parásito se resiste, se combate fácilmente con la solución de *sublimado* al milésimo, ó de *permanganato de potasa*, á condición de proceder personalmente á una minuciosa *toilette* de las partes.

Aftas

Las *aftas* de la vulva, afección especial y contagiosa, se presentan en las niñas de dos á cinco años de edad, sobre todo después del sarampión (Parrot). Esta erupción no es sin duda de la misma naturaleza que la que aparece en las fiebres aftosas generalizadas, ó que sucede también á las inoculaciones que aportan las manos contaminadas por la saliva, en el caso de estomatitis aftosa. Se combate ordinariamente con los *antisépticos;* pero, en el caso de no obtener resultado, no vemos ninguna contraindicación en emplear el tratamiento habitual de la estomatitis aftosa: lavados con una solución de *salicilato de sosa* al 2 ó 3 por 100; luego *aislaremos* las superficies. Parrot, que había visto estas ulceraciones aftosas descuidadas extenderse y hacerse gangrenosas, y que las consideraba aún como uno de los orígenes probables de la gangrena de la vulva después del sarampión, recomendaba la aplicación de *yodoformo*, cuya acción le parecía fundadamente rápida y beneficiosa.

Difteria

La terapéutica de la *difteria* vulvovaginal corresponde á la *suero-terapia*, y localmente permite los procedimientos habituales. La apuntamos aquí porque á consecuencia de la difteria se han observado en las mujeres adultas accidentes uterinos y periuterinos y hasta lesiones peritoneales. La desaparición de la falsa membrana no debe tranquilizar por completo con respecto á los trastornos genitales, y un tratamiento consecutivo puede ser tanto más eficaz cuanto se habrán previsto las consecuencias posibles para llegar á dominarlas desde sus comienzos.

Gangrena

La *gangrena* de la vulva es un accidente temible y de pronóstico grave; y hasta, á pesar de los prontos cuidados, se la ve alcanzar las regiones vecinas, propagarse á la parte superior de los muslos, al periné, al ano y acabar por producir la muerte. Débese pensar en prevenirla en el curso de las *enfermedades infecciosas*, de la tifoidea, del

sarampión sobre todo, y en las niñas en particular; en el curso de todas las *fiebres graves*, se examinarán los órganos genitales externos y se les mantendrá en un estado de limpieza permanente. Uno de nosotros, en el hospital de los Enfants-Assistés, ha comprobado los excelentes efectos preventivos de los lavados practicados con *agua alcoholizada* al tercio. Las mujeres *debilitadas* ó *caquécticas*, las diabéticas, las bríghticas, aparte de los cuidados de limpieza minuciosos y cotidianos que les ordena una buena higiene, procurarán no descuidar las pequeñas complicaciones inflamatorias de los labios, y la menor ulceración herpética, folicular ú otra, reclamará la atención del médico para que cuide de determinar una pronta cicatrización.

Cuando ha sobrevenido la gangrena, los *antisépticos* son aquí de rigor. Los lavados repetidos con las soluciones *fenicadas*, las soluciones de *sublimado* y de *permanganato de potasa*, con el *licor de Labarraque* (dos ó tres cucharadas de sopa y más por litro de agua) serán completadas con las pulverizaciones y apósitos antisépticos (1). El *yodoformo* y el *diyodoformo*, el *eritrol* sobre todo, están aquí indicados sin reserva. Para detener la marcha invasora de la escara, Velpeau aconsejaba ya el empleo del *cauterio actual*, pasándolo al rojo blanco por todo alrededor de la superficie mortificada; con el mismo objeto se puede recurrir al *termocauterio*, esforzándonos, por otra parte, en realzar el organismo con los *tónicos*, los estimulantes y en obrar sobre la causa predisponente, diabetes ó brightismo, por medio de una medicación apropiada.

Vegetaciones

Afortunadamente las *vegetaciones* no son en extremo frecuentes en la ginecología ordinaria, ya que no sin grandes trabajos se logra librar de ellas á las enfermas. Además, se reproducen con facilidad; para impedir su recidiva es necesario combatir con paciencia sus menores manifestaciones, y una vez amenacen reproducirse, intervenir desde luego.

Como casi siempre son sostenidas por accidentes inflamatorios ó específicos de la vulva y de la vagina, la primera precaución que se requiere es suprimir esta causa (leucorrea, vulvitis, etc.), que favorece su pululación. Luego se las trata con uno de estos polvos, que, dice Rollet, dan á veces, pero no siempre, buenos resultados: *polvo de*

(1) Muy recientemente se ha preconizado el *agua oxigenada* pura ó diluída en *lavados*, en el tratamiento de la septicemia gangrenosa; nada impediría ensayarla contra la gangrena de la vulva.

sabina, ó una mezcla en partes iguales de *polvo de sabina*, *calomel* y *alumbre*. El *alumbre calcinado* es más cáustico que el *alumbre ordinario*, menos soluble y en cambio más doloroso. Pero si estos tópicos fracasan, y puede muy bien temerse, es necesario obrar sin vacilación de una manera más radical. Si la vegetación es ligeramente pediculada, *previa anestesia local*, se *escinde* de un tijeretazo y se toca la superficie de implantación con el termocauterio. Por nuestra parte, después de la escisión tenemos la costumbre de hacer más bien toques con el *percloruro de hierro*, procedimiento que en muchos casos creemos puede preservar de recidiva á las enfermas. Si no es posible recurrir á las tijeras ó resulta incómodo, las cauterizaciones múltiples repetidas en la base de las vegetaciones por medio del *termocauterio* ó del *galvanocauterio* las destruyen progresivamente. La forma de los papilomas permite también algunas veces quitarlos por medio de la *cucharilla* antes de cauterizar su base. En vez del termocauterio, algunos autores usan el *nitrato de plata*, el *nitrato ácido de mercurio*, el *ácido acético*, ó simplemente el *ácido nítrico*. Es porque las masas, sin aumentar en espesor, tienden en algunos casos á proliferar en una extensa zona, y la escisión con las tijeras ó el bisturí resulta una operación delicada, en el curso de la cual, según la expresión de Rollet, nos vemos obligados á esculpir los órganos. Sea cual fuere su volumen, la ablación de estos pequeños tumores puede, por otra parte, originar hemorragias abundantes y enojosas; por tanto, no se comenzará su extirpación sin tener á mano un termocauterio preparado para detener la sangre, que fluye á veces con increíble persistencia.

Silbermintz (1) ha preconizado un medio que considera como muy eficaz, y que creemos deber referir aquí precisamente por su sencillez. Sobre las vegetaciones aisladas y pediculadas esparce *resorcina* pura hasta la desecación y caída del papiloma; sobre las vegetaciones extensas y sesiles aplica la siguiente mezcla:

Colodión ricinado.	80 gramos
Resorcina..	20 —

H s. a. mixtura.

con la que embadurna también los tejidos sanos circundantes en una extensión de medio centímetro; antes de aplicar el colodión se lava con el licor de Hoffmann para secar. Dos ó tres aplicaciones bastan para marchitar y determinar la caída de las excrecencias. De todas maneras, sea cual

(1) SILBERMINTZ.—*Semaine médicale*, 1898, pág. 172.

fuere el procedimiento adoptado para conseguir la desaparición de los tumores, es indispensable aislar las superficies afectas y que la región se halle siempre en estado de perfecta limpieza.

Tumores benignos

Los *tumores benignos* necesitan la intervención operatoria, y no insistiremos acerca de los distintos procedimientos empleados, muy sencillos por otra parte, y que debe practicar todo médico, para la extirpación de los *fibromas* y de los *lipomas*, la ablación del *molluscum*, la extirpación, la incisión ó la cauterización con el cloruro de cinc de los *quistes*. La *elefantiasis* incumbe á la cirugía.

Leucoplasia

La *leucoplasia* de la vulva nos sirve de intermediaria con lo que concierne á los *tumores malignos*. Es de temer su transformación en epitelioma, y sin esperar demasiado, es conveniente seguir el consejo de Pichevin y Pettit que la han estudiado de un modo muy completo y notable: sobre todo en las mujeres que cuentan más de cuarenta y cinco años, *ablación* de la leucoplasia. Perrin quita las placas blancas con el termo ó el galvanocauterio.

Cáncer

Amplia ablación también para el cáncer de la vulva con minucioso examen de los ganglios inguinales; si la ablación es imposible, curas con el *eritrol*.

Estiómeno

El *estiómeno* — y con esta denominación entendemos la tuberculosis de la vulva—es una afección en realidad muy rara, y no podemos dar para su tratamiento reglas resultantes de nuestra experiencia personal.

Pozzi considera que las «*escarificaciones* y el *raspado* con la *cucharilla*, que tan buenos resultados han dado en el lupus de la cara, tendrían sólo alguna probabilidad de éxito en la forma eritematosa ó superficial.» Se pueden practicar también en las formas de pequeños tubérculos disemi-

nados, y, á ejemplo de otros autores, se hacen después del raspado toques con *ácido láctico* puro (que es eficaz contra la tuberculosis de otras mucosas). En los casos de infiltración, se ha ensayado la *ignipuntura* con el galvano ó el termocauterio; mas si esta infiltración conduce á una hipertrofia de los órganos de la región, es necesario llegar á la *escisión* con el bisturí.

Los toques con *tintura de yodo* pasan por haber dado buenos resultados, lo propio que la *resorcina*.

Si al estiómeno acompañan numerosas ulceraciones interpoladas de mamelones vegetantes, no es siempre posible la cauterización con el termocauterio en superficies irregulares con divertículos más ó menos profundos, y se recomienda entonces la cura con el *yodoformo*, que substituiríamos más bien por la mezcla ya citada de *diyodoformo* y *ortoformo*, que es á la vez anestesiante y antiséptico, ó también por el *eritrol*.

Vulvitis

Las afecciones inflamatorias de la vulva, *vulvitis* de todo origen, se complican tan fácilmente con vaginitis, que exponer su tratamiento será más oportuno al hablar de las *vulvovaginitis* estudiadas anteriormente. Debemos, no obstante, citar aquí una complicación local, que hemos visto en estado aislado, el *flemón* simple de los labios, que termina por un absceso; nada tiene de común con la bartolinitis, y debe cuidarse de no confundirlas. Una incisión con el bisturí termina los accidentes, que no tienen ninguna tendencia á la recidiva, tan frecuente por el contrario, después de una simple incisión, cuando se trata de una lesión de la glándula vulvovaginal.

III

Afecciones nerviosas

Vaginismo

Al acudir á nuestra consulta las mujeres afectas de *vaginismo*, reclaman nuestros cuidados ante todo por las crisis de dolores muy vivos que radican en la vulva y en las partes más inferiores de la vagina. Estos dolores van muy á menudo acompañados, pero no siempre, de cons-

tricción espasmódica del esfínter vaginal y se despiertan al proceder al coito, que hacen muy penoso y hasta imposible. Fuera del coito, la mujer no experimenta de ordinario ninguna sensación dolorosa. Desde el punto de mira terapéutico pasamos por alto los accesos de vaginismo provocados en las vírgenes por el contacto de la orina con el himen; las observaciones son pocas en número. Igualmente no trataremos tampoco de las constricciones espasmódicas del esfínter sin crisis dolorosas (Pozzi); estos casos son también muy raros.

La primera indicación, de la mayor importancia, consiste en investigar el punto preciso del dolor y por varios motivos:

A. — En una mujer afecta de lesiones uterinas ó periuterinas, el coito puede, á cada tentativa, despertar sufrimientos en la matriz, en los anexos ó en la región circunvecina. Hay *dispareunia*, según la expresión de Barnes, pero no hay vaginismo.

B. — En otra mujer, una afección uterina ó periuterina, metritis, flegmasía, etc., puede ser motivo ó causa de un verdadero vaginismo (más adelante nos ocuparemos de nuevo de la mayor ó menor frecuencia de estos casos). Es, pues, esencial fijar bien el punto inicial de la crisis y referir de una parte á la vulva, de la otra á la matriz ó á los órganos vecinos, los fenómenos que les correspondan.

C. — Excepcionalmente en algunos casos la vulva está hiperestesiada en toda su superficie. Casi siempre un examen minucioso hace encontrar uno ó algunos puntos aislados muy sensibles al menor contacto. En esta región es donde se tienen probabilidades de comprobar la causa, apenas perceptible ó, al contrario, muy evidente y manifiesta, que ha dado lugar al vaginismo, que lo entretiene, y que se podrá suprimir ó modificar por acción directa. De todos modos, el conocer este punto, tan especialmente doloroso, guía nuestras investigaciones, y dirige al menos nuestra primera medicación tópica, ya que de pronto no se acude á los procedimientos violentos.

Luego, el médico completa su información acerca la salud de su enferma y pasa revista á todos los aparatos. No se considere esta recomendación como excesiva. Aparte de los sufrimientos que ocasiona, el vaginismo da lugar á tales molestias, á tales desasosiegos, desavenencia conyugal, repudio ó reparo en las relaciones sexuales, que se trastorna ó afecta la moral de las infelices pacientes; se ponen tristes, neurasténicas, y sufre las consecuencias de ello su estado general. Sus funciones digestivas se alteran, se ponen anémicas; estos diversos trastornos no han de obrar calmando su sistema nervioso, como se comprende, y su vaginismo va exacerbándose, tanto más cuanto que muy á menudo se trata ya de neu-

rópatas. No queremos con esto decir que el histerismo, el neurosismo, el neuroartritismo, deben ser considerados aquí como un dato etiológico indispensable. Pero no todas las mujeres tienen aptitud para el vaginismo. Cuántas son las enfermas que, aun teniendo un desgarro de los labios, herpes, vulvovaginitis, pólipos de la uretra, no presentan jamás el menor síntoma de esta afección tan singular, mientras que en otras una erosión insignificante provoca crisis intolerables; verdaderamente nos hemos llegado á preguntar si, en ciertos casos, no hay en el temor y la repulsión manifiestos algún desorden psíquico que debe aumentar hasta el extremo los paroxismos que ellas experimentan. También Pozzi tiene á nuestro modo de ver mucha razón al decir que «son necesarias dos condiciones para la aparición del vaginismo: *a)* grande excitabilidad nerviosa; *b)* irritación de los órganos genitales externos sirviendo de pretexto á reflejos *exagerados.*»

Poco importa que el estado general sea la causa ó el efecto de los accidentes genitales: por un círculo vicioso repercuten unos en otros y se agravan. La terapéutica debe acudir no sólo al sistema nervioso, sí que también á los fenómenos dispépticos, á los trastornos de ptosis visceral, á la anemia; en una palabra, al equilibrio de todo el organismo, para hacer más eficaces y de un efecto más duradero los cuidados locales dirigidos contra la irritación vulvar.

Estos cuidados locales recaerán unas veces en una *ulceración,* verdadera *fisura*, difícil de descubrir y que se toca con el *nitrato de plata* ó con la punta del *termocauterio* previa anestesia; otras veces en *folículos inflamados,* que se tratan con *emolientes* primero y luego por una *cauterización.* No queremos ir revistando todas las causas posibles; nos bastará con indicar las *vulvovaginitis,* la *metritis* del cuello (Trélat), las *desviaciones*, las *flegmasías uterinas* y *periuterinas*, cuya influencia es innegable, pero afortunadamente muy rara; los *trastornos menstruales,* la *repleción vesical* (Vallon y Petit), etc. Otras veces será necesario extirpar un *pólipo de la uretra;* Johannsen, dilatando el conducto uretral, vió, dice H. Leroux, «dos puntos amarillos que correspondían á los orificios de fistulillas ciegas; incindió la mayor, cauterizó la otra y curó así radicalmente el vaginismo;» ó bien se encontrará esa *tumefacción* indicada por Gallard al nivel del tejido celular submucoso de la parte inferior de la vagina, consecutiva á la vaginitis. Podemos llegar á practicar las más diversas intervenciones como, por ejemplo, la dilatación de una *fisura del ano.*

Pero casi siempre encontramos en los *restos del himen* el punto de partida de las crisis dolorosas, pues que el vaginismo, en la mayoría de

los casos, sucede á tentativas inexpertas ó violentas de los primeros coitos. Procédase por *cauterización* ó por *escisión*, lo mejor en tales casos es destruir ó quitar todo lo que resta de las carúnculas mirtiformes y del himen.

Si se trata, al contrario, de un vaginismo esencial, ó cuando menos de un vaginismo sin lesión etiológica evidente, ya que la esencialidad de la afección continúa discutida, la medicación entra primero en las reglas generales que se deben aplicar, por otra parte, en todos los casos, al mismo tiempo que el tratamiento etiológico.

La recomendación de H. Leroux es en extremo prudente y atinada: *reposo absoluto* del órgano durante un tiempo que el médico determinará; las relaciones sexuales ó los ensayos incompletos, pueden despertar un cierto grado de dolor mal extinguido y por tanto contribuyen á mantener la neurosis y se oponen á la curación definitiva. Las aplicaciones locales de *cocaína* antes de cada coito producen la anestesia; pero esto no es siempre suficiente, y se debe, además, tener en cuenta la aprensión y el estado psíquico de la enferma; un fracaso debido á tentativas prematuras es capaz de comprometer la mejoría ó los resultados penosamente logrados. Se aconsejará esperar á que el tacto vaginal no determine ningún sufrimiento y que la constricción haya desaparecido desde algún tiempo; y aun hemos visto que, á pesar de ser bien tolerados el tacto y aun el espéculo, ha sobrevenido otra vez el vaginismo á la primera relación sexual.

La irritación casi constante de los órganos genitales externos se modificará con el *aislamiento de las superficies, lavados con agua caliente*, con *baños tibios*, que se continúan hasta cuando haya desaparecido ya la vulvitis. Debout prefería los *semicupios* y las *compresas frías;* ya hemos, en efecto, indicado, al tratar del prurito vulvar, que las enfermas experimentan mayor alivio con las lociones frescas, pero esto no constituye una regla absoluta. Los *supositorios vaginales* de *cocaína*, de *belladona*, los toques repetidos con las soluciones de *cocaína*, han dado buenos resultados; por lo que á nosotros toca, prescribimos supositorios que contengan *diez centigramos de polvo de opio bruto*, que la experiencia nos ha probado deben ser considerados de eficacia muy superior. La acción del *yoloformo* es á veces muy eficaz; el *ortoformo* lo recordamos aquí; es un anestésico local, cuya acción enérgica es de mayor duración que la de la cocaína; estos dos productos se emplean en polvo ó en pomada. Se utilizan también *mechas* yodofórmicas, belladonadas, cuyo calibre se va gradualmente aumentando, puesto que la constricción por su parte es un factor patológico contra el que tenemos todavía que luchar,

y si el dolor es el síntoma primordial acusado por las enfermas, se encuentran vaginismos que ceden solamente cuando se ha forzado la contricción del esfínter.

Es necesario, pues, llegar á la *dilatación*, si los tópicos no dan buen resultado.

Esta *dilatación* puede ser *progresiva;* como indica Pozzi, la paciente, dentro de un semicupio, se introduce ella misma una serie de espéculos de baño, cuyo volumen aumenta progresivamente. F. Siredey nos aconsejó una vez introducir en la vagina una *esponja preparada* bastante larga, de modo que una parte resulte intra, y la otra extravaginal, quedando, por tanto, un segmento en la vulva: la mujer toma un baño, la esponja se hincha, y para extraerla la enferma ha de vencer cierto grado de constricción. Se comienza de nuevo con esponjas gradualmente más gruesas. Este procedimiento nos parece bastante mejor que el de las mechas, á las que cada día se aumenta el calibre añadiendo hebras de hilo.

Cuando estos medios fracasan, ó bien cuando se quieren emplear maniobras cuyo efecto ó resultado es más rápido, se debe recurrir á la *dilatación brusca*. A elección del médico, la intervención es la misma que para la fisura del ano; previa anestesia con el cloroformo, los dos pulgares, ó bien el medio y el índice de cada mano, introducidos en la vagina, se separan bruscamente y vencen la constricción del esfínter. Muchos médicos prefieren emplear el espéculo bivalvo, que introducen cerrado, como se comprende, y lo retiran totalmente abierto después de haberle hecho girar en todos sentidos. Hemos visto que Gallard, para conseguir tal efecto, empleaba con éxito el espéculo de Bozeman. Este espéculo, como es sabido, se compone de tres valvas, de las que dos se separan ó se aproximan por el mecanismo de un paso de rosca que hay en el mango; prominencias y ranuras correspondientes permiten aplicar una tercera valva, de modo que el instrumento, de un muy pequeño volumen primero, puede alcanzar una gran dilatación. «El volumen muy pequeño del instrumento, escribe este autor, cuando está completamente cerrado, y la gran fuerza con que el movimiento del tornillo puede separar insensiblemente, sin sacudidas, las dos valvas una de otra, me han sugerido la idea de emplearlo como dilatador, y en muchos casos lo he logrado perfectamente.» Nosotros hemos podido comprobarlo también.

En último recurso, se echa mano de la *electricidad*, del *masaje*, y si no se obtiene tampoco entonces resultado, pero solamente si se ha agotado toda la serie de medicaciones, se recurre á una de las operaciones quirúrgicas preconizadas desde Sims y Richard, cuyo efecto, por más que se diga, no es seguro.

Nos limitaremos á citar aquí casos curiosos de *vaginodinia* en que el espasmo se extendía, no sólo á la vagina, sino también al suelo perineal y aun á las paredes abdominales. En un caso la contracción cedió á la depresión sistemática del plano perineal y á tópicos belladonados. La *neuralgia vulvar* se combina con el vaginismo, lo complica ó lo sostiene; es siempre prudente buscar los puntos dolorosos de la *neuralgia ilio-lumbar*, y si se comprueban, convendrá instituir al mismo tiempo el tratamiento de esta neuralgia tal cual antes lo hemos expuesto. (Véase Dismenorrea y Dolores de origen menstrual.)

No consiste todo en tratar convenientemente el vaginismo; preferible sería tomar precauciones para evitarlo. Casi siempre es de origen nupcial, ó cuando menos sucede á la desfloración virginal, y sobreviene en seguida después de las primeras relaciones, que han sido especialmente dolorosas. Sin repetir los consejos que algunos autores querrían que se diesen á todos los recién casados, nos permitiremos manifestar que una impetuosidad inhábil corre el riesgo de provocar en una joven nerviosa sufrimientos cuya persistencia compromete las relaciones conyugales. Para colmo de desdichas, el vaginismo que sobreviene después de tentativas bruscas é inexpertas, aparece igualmente después de ensayos muy débiles, demasiado incompletos por parte de un marido sin vigor, impotente para romper el himen. Empero es más fácil moderar un desmedido vigor, que dar fuerza á sentidos agotados.

Coxigodinia

La *coxigodinia*, variable en su intensidad y que resulta una verdadera tortura para algunas infelices á quienes no deja un momento en calma, reclama enteramente, como el vaginismo, una medicación á la vez general y local.

Surge por influencias diversas, y la primera y más formal indicación exige que la causa de los accidentes reciba cuidados especiales; se investigará la existencia de afecciones uterinas, periuterinas, intestinales (rectitis, hemorroides, enterocolitis, ptosis) susceptibles de ser el origen de la coxigodinia. Por otra parte, si un traumatismo, las alteraciones óseas, articulares ó ligamentosas, explican en algunos casos los sufrimientos espontáneos y provocados, en otros no queda otro recurso que atenerse á la hipótesis de una neuralgia.

Pero sea cual fuere la idea que se adopte sobre la naturaleza de la coxigodinia, es de toda evidencia que el temperamento neuropático favorece la aparición y persistencia de los fenómenos. Neuralgia primitiva,

dolores reflejos ú óseos deben á veces su agudez tan penosa al terreno en que se han desarrollado. Las histéricas, las neurasténicas, las mujeres á quienes se apellida simplemente nerviosas, *topoalgizan* en la región coxígea como en cualquier otro punto del cuerpo y, cuando desconoce esta complejidad etiológica, el médico renuncia á explicarse la intensidad de las crisis.

También el cuidado de *mejorar este estado general* es uno de los puntos capitales de nuestra terapéutica; luego es necesario combatir el dolor local. De Scanzoni aconsejaba las *sanguijuelas*, los *baños calientes*, las *aplicaciones calientes*, y al mismo tiempo las *inyecciones de morfina*, que más tarde se han substituído por las *inyecciones de cocaína;* de nada sirve, lo hemos experimentado, la inyección de *clorhidrato de morfina, loco dolenti*. Se recurre también á los *supositorios belladonados, opiados, cocaínados*. Seeligmuller ha curado con la *faradización* una coxigodinia antigua de doce años, colocando el polo negativo en la vagina y el positivo sobre el sacro. Grafe ha empleado de un modo muy parecido la faradización, un polo sobre el sacro y el otro sobre el coxis. Los *botones de fuego* han dado resultado en casos en que todo otro medio había sido ineficaz.

Por nuestra parte, acostumbramos á ensayar las *pomadas con mentol y con guayacol*, de las que hemos transcrito las fórmulas anteriormente, aumentando las dosis de un modo progresivo, sobre todo de mentol, que puede determinar en la piel como en las mucosas sensaciones dolorosas. Por último, cuando la enfermedad es rebelde y nos vemos obligados á recurrir á diversos medios para calmar las enfermas, creemos racional practicar no sólo *pulverizaciones de éter*, á ejemplo de muchos autores, si que también el *stipage* repetido á menudo con el *cloruro de metilo*.

Estos numerosos procedimientos tienen éxito ó fracasan sucesivamente, pero consideramos muy raro que la *resección del coxis* esté formalmente indicada, tanto más cuanto en una neurópata se corre el riesgo de no conseguir ningún alivio.

IV

Enfermedades de la vagina

Casi no es posible exponer en absoluto separadamente el tratamiento de las *vaginitis* y el de las *vulvitis*. Estas afecciones coinciden tan á menudo, ya con igual intensidad, ya con un predominio más acentuado de

las alteraciones vaginales ó vulvares, que nunca somos llamados, por así decirlo, para tratar una vulvitis sin que se pueda dejar de tener en cuenta el estado de la vagina y recíprocamente. Aunque no coexistieren las dos enfermedades, deberíamos con todo cuidar de prevenir una complicación que amenaza siempre, é instituir una terapéutica profiláctica para proteger la región todavía indemne. También en el tratamiento de las vaginitis debemos hablar forzosamente del de las vulvitis, puesto que se completan entre sí.

Por otra parte, lo que llevamos ya dicho con referencia á ciertas afecciones que se desarrollan en la vulva, nos dispensa de insistir sobre los cuidados que han de darse á manifestaciones análogas que se propagan á la vagina ó que de buenas á primeras tienen su origen en esta última.

Herpes

Aquí, por ejemplo, se presentan las mismas indicaciones en el *herpes* vaginal, raro por otra parte, que en el herpes vulvar.

Muguet y micosis

El *muguet* de la vagina se cura con los mismos medios que el muguet de la vulva. Añadiremos con todo que se han observado *vaginitis micósicas* cuyo parásito no era el *oidium albicans;* esta distinción, interesante para la etiología, carece de importancia desde el punto de vista que debemos aquí considerar la cuestión, pues estas vaginitis micósicas, que dependen de parásitos diferentes, ceden muy fácilmente con soluciones débiles de *sublimado* y de *permanganato.* Cuando después de la desaparición del muguet persiste cierto grado de vaginitis, de lo que conviene prudentemente cerciorarse, se continúa recomendando durante algunos días *irrigaciones calientes*, si es necesario irrigaciones *alcalinas*, y el *aislamiento* de las paredes vaginales por medio de gasa esterilizada ó de polvos inertes.

Erisipela.—Difteria.—Vaginitis pseudomembranosas

Asimismo, no nos detendremos tampoco en lo que concierne á la vaginitis *erisipelatosa* y á la vaginitis *diftérica;* debe saberse, no obstante, que existen vaginitis *pseudomembranosas* que no dependen para nada de la difteria. Se observan después del sarampión, de las fiebres graves, etc., y lo que hoy día conocemos de la influencia en general de diversos micro-

organismos (estreptococos, etc.) sobre la génesis de las pseudomembranas, nos explica esta distinción que había sorprendido á autores como Barnes; éste comprobó el hecho clínico, pero no podía aún dar con la verdadera interpretación. Basta estar prevenido para no recurrir del primer momento á las inyecciones subcutáneas de *suero antidiftérico*, completamente inútiles contra esas formas de vaginitis pseudomembranosa. Otra variedad mucho menos grave, que sobreviene á consecuencia de la acción intempestiva de un *tópico demasiado enérgico*, sólo exige los cuidados más comunes de *irrigaciones calientes* y aplicaciones de *algodón hidrófilo;* por precaución se vigilará el desprendimiento de las pequeñas escaras.

Gangrena

Mas, es sobre todo en el curso de la vaginitis *gangrenosa* que se seguirá con la mayor atención la eliminación de las placas esfaceladas y luego la cicatrización de las úlceras consecutivas. La caída de una escara acarrea después, en los casos desgraciados, una comunicación de la vagina con un órgano vecino, fístula vésicovaginal, rectovaginal; por otra parte, la curación de la úlcera gangrenosa, si no se cuida debidamente, origina bridas, estrecheces, deformaciones vaginales que se pueden evitar ó cuando menos aminorar vigilando la marcha de las cicatrizaciones. En cuanto á la *gangrena de la vagina* por sí misma, la topografía de la región, el poco espesor de las paredes no permiten casi pensar en detener la marcha invasora del esfacelo, circunscribiéndolo con el termocauterio, como en la gangrena de la vulva, y quedamos reducidos á los grandes lavados antisépticos y á las prescripciones que se desprendan del estado general (diabetes, etc.).

Vulvovaginitis blenorrágica

Entre las vulvovaginitis, hay una que, por su frecuencia y gravedad, debería ocupar aquí uno de los primeros sitios: es la *vaginitis blenorrágica*. Pero consideramos preferible agrupar en un capítulo especial todos los accidentes blenorrágicos de las vías genitales, comprendiendo las metritis y las salpingo-ovaritis, capítulo que nos servirá de transición natural para poder entrar en el dedicado á la curación de las afecciones uterinas.

Vaginitis

Quedan, pues, las *vaginitis no blenorrágicas*. Parece que esta cuestión tiene escaso interés; pero ¿no es cierto que ha sido bastante descuidada? Aunque pasan por raras, estas vaginitis, no dependientes del gonococo, no se puede negar que existen. Su tratamiento, por otra parte, se confunde con el de algunas *leucorreas*, de las que unas son causa, otras efecto, y otras son la primera etapa de la vaginitis, tanto que, para curar ó prevenir la vaginitis, debemos además atender á la terapéutica de estas leucorreas.

No queremos emprender una descripción sintomatológica; pero nos vemos obligados á hacer un breve resumen de la *etiología*, pues si es indispensable combatir los accidentes patológicos, no lo es menos suprimir la causa que los origina y cuya persistencia continúa sosteniéndolos.

Una clase de vaginitis, y no es la menos común, comprende aquellas que son *consecutivas á una afección de la matriz*. Los flujos uterinos provocan á su paso un estado de la mucosa vaginal que puede á primera vista parecer desproporcionado respecto de una lesión de mínima apariencia existente en el cuello ó en el cuerpo. Para obtener un resultado positivo, es necesario ocuparse de la metritis, si no ante todo, cuando menos simultáneamente. Sería superfluo, después de lo que anteriormente hemos dicho, insistir sobre la influencia análoga de las *vulvitis*.

Aparte del *gonococo*, se encuentran en las vías genitales múltiples microorganismos, *saprofitos*, *estafilococos*, *estreptococos*, *bacterium coli*, etc., cuya invasión de la vagina y su acción patógena son favorecidas por multitud de causas que conviene conocer y prevenir. Todo *acceso fluxionario* que se manifiesta en los órganos genitales, puede, cuando las circunstancias son para ello propicias, ser ocasión de una vaginitis de esta naturaleza. Así, pues, en la época de la *pubertad*, de la *menopausia*, el estado congestivo de todo el aparato sexual va acompañado de leucorreas, de las que algunas no reconocen otro origen; lo propio ocurre á veces con motivo de la *menstruación* en el curso de la vida genital, sobre todo cuando se aparta de lo fisiológico ó normal; lo mismo también sucede á consecuencia de las *flegmasías uterinas* y *periuterinas*.

Las *congestiones pélvicas* que aparecen en las enfermedades del corazón, del hígado, de los riñones, las que sobrevienen en el curso de las fiebres, sarampión, tifoidea, etc. (y en este último caso, sin duda, se debe contar también con la virulencia de los microbios) son capaces de

producir los mismos efectos. Por motivos análogos el *frío*, los *excesos del coito*, el *onanismo*, los *traumatismos* pueden ser sucesivamente incriminados. Dejemos aparte la irritación producida por los *pesarios* y los *cuerpos extraños;* se encuentran mujeres en que la aplicación de un pesario acarrea una leucorrea abundante y, á pesar de todos los cuidados que ellas toman, se hace necesario vigilarlas, cambiar el instrumento y hasta quitarlo por un tiempo variable. Se han encontrado en la vagina los *cuerpos extraños* más diversos; á la larga, se incrustan de depósitos, se corroen, la mucosa se hincha, acaba por obstruir en parte el conducto, tanto que la extracción de estos cuerpos extraños exige á veces grandes precauciones á fin de no lesionar mucho los tejidos y aun de evitar perforaciones.

Razón tenían los autores antiguos al decir que la influencia de todas estas diferentes causas resultaba más nociva por el terreno sobre que actuaban. Hay mujeres mucho más fácilmente predispuestas que otras; son *artríticas*, *herpéticas*, sujetas á accesos fluxionarios, á manisfestaciones de eczema, de impétigo, ó bien son *escrofulosas*, *linfáticas*, *cloróticas* de tejidos laxos, blandos, decolorados, ó también enfermas *debilitadas* por una *enfermedad general*, anemia, tuberculosis, dispepsia, caquexia, etc.

La *falta ó descuido de la higiene*, la *carencia de cuidados*, la *falta de limpieza*, desempeñan también un papel sobre el que no se insistirá nunca bastante. Pozzi acusa á la *retención*, por un himen demasiado estrecho, de las secreciones normales. Pero no es absolutamente necesario que sean retenidas las secreciones para que favorezcan un proceso de infección vaginal. El simple aumento de un flujo leucorreico que se exagera por cualquier motivo (congestión ó enfermedad general) basta á veces para producir la irritación de las primeras vías genitales; subsigue rápidamente la alteración secundaria de este flujo y de las paredes. Algunas mujeres, más que otras, tienen necesidad de cuidar con una minuciosa limpieza esta región, so pena de pequeñas complicaciones inflamatorias; casi siempre, pero no de un modo exclusivo, se trata de *obesas* ó de personas de *tegumentos eleosos*, de *secreciones abundantes y acres*, sujetas al eczema de los labios, al eritema vulvar ó al intértrigo.

Así ocurre que vemos enfermas, que no han tenido nunca vaginitis veraderamente aguda, acudir á consultarnos por pérdidas blancas que datan de mucha fecha; esta leucorrea ha alcanzado á la larga una intensidad molesta, y comprobamos signos de vaginitis crónica.

Esta rápida exposición nos autoriza, cuando menos así lo esperamos, á juntar el tratamiento de la leucorrea en general con el de las vaginitis.

Ateniéndonos al punto de vista terapéutico, único que nos ocupa, no entraremos en detallar las variedades de vaginitis miliares, papilares, vesiculosas, enfisematosas, etc.; debemos solamente considerar las *formas agudas* y las *formas crónicas*.

En los *períodos agudos*, recurriremos primero al empleo de los *emolientes*, combinados con algunos cuidados *higiénicos* muy sencillos. No es malo que la mujer guarde *reposo;* la tumefacción de la región vulvar, la sensibilidad de los labios hacen penosos los movimientos de los miembros inferiores, y el roce de las partes mientras se anda exagera el dolor. Si el acceso agudo coincide con un período menstrual, obligaremos á la enferma á guardar cama. Todos los días la mujer permanecerá bastante tiempo en un *baño general simple,* ó conteniendo *salvado* ó *almidón;* en vez de un baño general, si la posición no causa demasiada fatiga ó molestia, se pueden prescribir *baños de asiento narcóticos* según una fórmula ya indicada:

Hojas de beleño.	aa. 30 gramos
— de belladona.	
— de hierba mora.	
Cabezas de adormidera.	n.º 2

Para un baño de asiento.

Esto permite ordenar irrigaciones simultáneas con el agua del semicupio. De todas maneras, aconsejaremos también *inyecciones calientes de agua hervida,* ó bien *emolientes opiados* preparados con *simiente de lino, raíces de malvavisco* y conteniendo algunas gotas de *láudano* de Sydenham. Estas inyecciones se practican varias veces al día (tres veces por término medio), y una de ellas puede ir precedida ó seguida de una inyección de agua caliente, teniendo en disolución un poco de *sublimado,* ó $0^{gr},25$ á $0^{gr},50$ por litro. Se termina con un gran lavado que limpie la vulva. Luego, á menos de que esta intervención provoque sufrimientos demasiado vivos, se procurará impedir el contacto de las paredes introduciendo en la vagina y hasta el orificio del cuello (cuya infección siempre es de temer) una tira de *gasa esterilizada* ligeramente apretada, ó, á falta de ello, algunas torundas de algodón hidrófilo; se completará la cura aislando por un procedimiento análogo la superficie de los labios. Al cabo de algunos días, cuando ha disminuído la agudez de los fenómenos, se soporta mejor un examen más completo, y se elegirá entre la gasa esterilizada y los *tópicos* aplicados por medio de un espéculo hasta el fondo de la vagina, *polvo de subnitrato de bismuto*, etc.

Cuando la vaginitis tiende á pasar al estado *crónico* tomando la

forma *granulosa*, ó conservando esta forma, que se observa también en el estado agudo, se hace lo posible para modificar las paredes siguiendo procedimientos hoy día clásicos y citados por todos los autores. El mejor consiste en tocar las partes enfermas con soluciones de *nitrato de plata* al 1/30 ó al 1/20. Hemos visto á uno de nuestros maestros emplear frecuentemente una solución al 1/5; se limitaba á hacer después de los toques una abundante irrigación. Se obtienen también buenos efectos introduciendo, á favor del espéculo, una serie de torundas de algodón hidrófilo empapadas en *glicerolado de tanino* al 1/5 ó al 1/4:

Glicerolado de almidón.	50 gramos
Tanino.	10 —

H. s. a. glicerolado.

Pero muchas mujeres tienen la leucorrea con un ligero grado de vaginitis crónica, en las que los toques con nitrato de plata no podrían repetirse sin inconvenientes. En estos casos, se han ensayado un sin fin de substancias modificadoras contenidas en las inyecciones. En general, es bueno limpiar previamente la cavidad vaginal con una corriente de agua hervida caliente, antes de hacer pasar las soluciones como la de sublimado, permanganato ó nitrato de plata que coagulan las mucosidades.

En estos estados crónicos no se logran siempre grandes resultados con el empleo de *antisépticos* como el sublimado,

Sublimado.	0 gr. 25 á 1 gramo
Acido tartárico.	1 —

Mézclese bien en un paquete.

á razón de un paquete para un litro de agua caliente ó el *permanganato de potasa* de 1 por 4,000 á 1 por 1,000; también se recurre á veces con mayor éxito á soluciones como la siguiente:

Sulfato de cinc. . . . . }	aa. 1 gr. 50 á 2 gramos y más
Sulfato de cobre. . . . . }	
Agua hervida.	1 litro

Disuélvase.

ó también, si los flujos ofrecen alguna fetidez, se emplea durante algún tiempo el *licor de Labarraque*, de una á tres cucharadas grandes en un litro de agua. Antiguamente se preconizaba mucho como *astringente ligero el agua blanca*, las *soluciones de alumbre*, las *soluciones de tanino*

(5 á 10 gramos por litro de agua) y también los pétalos de *rosas de Provenza* (20 gramos por litro de agua), las *hojas de nogal,* que prestan verdaderamente grandes servicios; la *corteza de encina* (las mismas dosis); ó bien los *balsámicos,* como las *hojas de mirto* y las *hojas de eucalipto* (mismas dosis); el cocimiento de hojas de eucalipto nos ha parecido en muchos casos tener verdadera eficacia. Pero, sea cual fuere la inyección que se adopte, será bueno siempre practicar además el *aislamiento* de las paredes, ya interponiendo una tira de gasa esterilizada más ó menos apretada, ya introduciendo en la cavidad vaginal *tanino* mezclado con *talco* ó *almidón*, ó también *bórax* ó *subnitrato de bismuto.*

A Landau (1) se le ha ocurrido emplear la *levadura de cerveza* en el tratamiento de la leucorrea, sobre todo cuando es de origen blenorrágico. Quería esforzarse en provocar así un antagonismo entre las diversas bacterias, y substituir de tal modo con los agentes de la fermentación á los microbios patógenos de la vagina.

He aquí como procede: «la *levadura de cerveza* es diluída en cerveza ó malta, de modo que resulte un líquido siruposo. Una vez desplegada la vagina por medio de un espéculo, se toman con una jeringa ordinaria de 10 á 20 centímetros cúbicos del líquido que contiene la levadura, y se inyecta en el fondo de la vagina. Se coloca en seguida una torunda.» Las inyecciones de levadura se hacen cada dos ó tres días; en general, basta con una ó dos inyecciones para obtener la desaparición de la leucorrea.

Estos resultados, confirmados por otros autores, parecen esperanzantes.

En la clínica de A. Siredey, Murer ha aplicado la levadura siguiendo dos procedimientos: por inyecciones ó por taponamiento vaginal.

Practica inyecciones de 28 á 30 centímetros cúbicos, luego impide la salida del líquido por medio de un tapón de algodón esterilizado.

Prefiere introducir en la vagina rollos de gasa esterilizada mojados en la levadura y bien impregnados, que no retira hasta las veinticuatro horas; la cura se practica todos los días.

El flujo disminuye rápidamente en abundancia; desgraciadamente, dice Murer, al cabo de algunos días la acción de la levadura parece resultar menos enérgica, y, aunque la mejoría se mantiene generalmente, la curación no es completa; se encuentran nuevamente gonococos.

A pesar de estas restricciones, la *levadura de cerveza* es remedio que puede ensayarse.

Desde hace algún tiempo, hemos usado el *ácido láctico,* que nos ha

(1) LANDAU. — *Presse médicale,* 1899.

dado buenos resultados. Ilkévitch, agregado de P. Sneguireff (de Moscou), basándose en la proporción de ácido láctico de las secreciones vaginales, considera que este ácido es un antiséptico natural para la cavidad de la vagina. Partiendo de este hecho, ha reconocido (1) que «los lavados con una solución de ácido láctico al 3 por 100 en la leucorrea vaginal obran suprimiendo el mal olor del flujo, su coloración verde ó amarilla, y luego cortando la leucorrea.» Hemos modificado (2) muy ligeramente el modo de proceder de Ilkévitch. Los lavados con una solución al 3 por 100 no son siempre fáciles y cómodos de practicar, y después de algunos ensayos de inyecciones de 500 gramos de agua con 15 gramos de ácido láctico, las hemos substituído por la aplicación de torundas muy embebidas de la mezcla siguiente:

Acido láctico.	3 gramos
Glicerina..	100 —

H. s. a. mixtura.

La aplicación de las torundas se efectúa cada ocho días; en el intermedio se practican simples irrigaciones cotidianas de agua caliente. Esta práctica la hemos empleado sin ningún inconveniente; no ocasiona dolores; cuando más las torundas glicerinadas dan lugar á algún escozor en los labios, pero desaparece pronto. La mayor parte de las enfermas han observado una muy notable disminución de la leucorrea.

No tenemos intención de discutir aquí el modo como obra el *ácido láctico*, ni de investigar si es el antiséptico natural de la vagina. Nos basta con establecer que en muchos casos el empleo de este medicamento produce excelentes efectos. Pero admitimos perfectamente que otros autores obtengan grandes ventajas del uso «de substancias desemejantes, hasta antagonistas,» como las *soluciones alcalinas*. La leucorrea vaginal tiene una etiología de las más variables, y *ciertas pérdidas blancas ácidas é irritantes* deben ser, en efecto, aliviadas con las inyecciones alcalinas. Blondel (3), que ha tratado esta cuestión de un modo muy claro, emplea el *bicarbonato de sosa* (dos cucharadas de sopa por litro de agua), siguiendo un procedimiento que describiremos al tratar de las metritis del cuello, puesto que principalmente á la leucorrea de origen uterino es á la que parece referirse. Vale más concluir de todo ello, que no existe una medicación única, y que debemos apoyarnos, para hacer la elección del tratamien-

(1) Ilkévitch.—*Semaine médicale*, 1897.
(2) Pablo Dalché. — *Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1898.
(3) Blondel. — *Revue de thérapeutique*, 1.° de Enero de 1899.

to, en consideraciones *deducidas de la causa, de la naturaleza y de la intensidad* de la leucorrea.

Para que nuestra terapéutica sea completa, y no nos cansaremos de insistir sobre este punto, debe cuidarse también del estado general y combatir la *clorosis*, las *anemias*, las *dispepsias*, las *afecciones cardíacas, hepáticas y brighticas* que favorecen la persistencia de los flujos. Recomendaremos á la enferma que evite las *fatigas desproporcionadas* á su resistencia, la prolongada *permanencia de pie*, los *movimientos* que *fluxionan* los órganos genitales (bicicleta, máquina de coser), y por medio de *purgantes suaves y repetidos* lucharemos contra el estreñimiento, que, manteniendo en mal estado la circulación, la plétora y la congestión localizada en la pequeña pelvis, exagera ó favorece la leucorrea.

Lo que hemos dicho en el capítulo de la pubertad, respecto de la *vulvovaginitis de las niñas*, nos dispensa de volver aquí á tratar este asunto.

En cuanto á la *perivaginitis flemonosa*, necesita la intervención del bisturí.

Prolapso

Nos ocuparemos del *prolapso de la vagina* al tratar de las caídas ó descensos del útero.

V

De la blenorragia

La *blenorragia* en la mujer es una enfermedad grave, que ocasiona la muerte de la paciente con mayor frecuencia que la *sífilis*.

Durante mucho tiempo los médicos se inclinan á considerarla como una afección molesta más bien que peligrosa, puesto que las complicaciones algo alarmantes de la blenorragia se manifiestan á veces bastante tiempo después del comienzo de los primeros flujos, para que la relación de causa á efecto pase desapercibida. Por otra parte, los accidentes de metritis, de salpingitis, de pelviperitonitis que le dan cierta gravedad, no eran atribuídos á su verdadero origen, y los vínculos que la unían á ella quedaban ignorados. Más tarde aún, con todo y admitir las propagaciones de la infección vaginal al aparato útero-ovárico, no se podía sospechar, por ejemplo, que existiesen primariamente metritis blenorrágicas con todas sus

consecuencias anexiales, sin la intermediación de una vulvovaginitis anterior. Necesario es decir también que la marcha insidiosa de algunos casos contribuye á disimular la verdadera etiología; al lado de las formas agudas que resultan de una contaminación por una blenorragia aguda del hombre, hay otras formas más difíciles de descubrir, que *desde el comienzo toman una marcha crónica*, porque han sido comunicadas por hombres afectos de uretritis crónica latente ó mal curada. ¡Cuántas mujeres contagiadas de tal suerte sufren de la matriz ó de los anexos, en las que es casi imposible encontrar la causa primera de sus males! El mismo marido obra de buena fe al afirmar que está curado desde hace tiempo, que no tiene gota matinal.

Y si el pus de la gota militar, ó de la uretritis latente no contiene ya el gonococo de Neisser, no es menos peligroso con todo, y proyectado en el conducto uterino, da origen á supuraciones que acarrean la metritis.

Crónica desde un principio, ó de marcha primitivamente aguda, la blenorragia, que oblitera las trompas y ocasiona la infecundidad, la esterilidad, con demasiada frecuencia desde las primeras épocas del matrimonio, es también grave para la sucesión.

¡Si al menos el diagnóstico pudiera siempre establecerse de un modo exacto é indiscutible! Pero el agente patógeno, el gonococo, desaparece del flujo al cabo de algún tiempo; también el resultado negativo de un examen resulta insuficiente, y no permite afirmar la ausencia del gonococo que persiste largo tiempo en las glándulas periuretrales, en el fondo del cuello uterino, en los repliegues de la vagina ó en las trompas.

Todas estas razones nos obligan á tratar en sus menores manifestaciones una enfermedad que tiende sin cesar á invadir y á extenderse, á pensar en todas sus complicaciones á fin de prevenirlas, si es posible, y á combatirlas desde que se manifiestan.

Uretritis blenorrágica

El predominio del flujo vaginal ha hecho descuidar durante largo tiempo la uretritis blenorrágica; raramente grave y dolorosa, aun en estado agudo, por la atenuación de los síntomas, puede pasar desapercibida. En estado crónico, es necesario examinar con el mayor cuidado no sólo la uretra, sino también la orina para encontrarla, y, sin embargo, continúa siendo un origen de contagio que es necesario investigar sistemáticamente y esforzarse en suprimir. Se ha observado que es bastante más frecuente de lo que se creía: «El asiento ó localización del gono-

coco, dice Eraud, es ante todo y sobre todo la uretra, luego el útero... casi exclusivamente el cuello.» Con todo y reconocer la importancia de la uretritis, tanto desde el punto de vista de la contaminación como de la propagación á los órganos vecinos, no se debe exagerar, ya que la vaginitis gonocócica primitiva existe también con seguridad.

Cuando los fenómenos son *recientes* y muy *agudos*, será bueno recomendar el *reposo*, el empleo de la *leche* y de *bebidas diluyentes* y *aromáticas* adicionadas de *bicarbonato de sosa*,

Infusión de yemas de abeto.	1 litro
Bicarbonato de sosa.	2 gramos

Disuélvase.

al mismo tiempo que algunas obleas de *salol* á la dosis total de 2 á 4 gramos al día. Cuando los accidentes habrán remitido un poco, prestarán buenos servicios los *balsámicos;* pero esta terapéutica no tiene la misma importancia que en el hombre.

Las *irrigaciones precoces* dan buenos resultados, ya de *permanganato de potasa* al 1 por 1,000 ó de *sublimado* al 1 por 4,000. Desde estos últimos años se obtienen grandes ventajas del empleo del *protargol* en inyecciones, tanto en la uretritis aguda como en la uretritis crónica de la mujer; se puede comenzar por soluciones á $0^{gr},25$ por 100, que se eleva rápidamente al 1 y 2 por 100 (algunos médicos han llegado hasta el 5 y 10 por 100, en los casos crónicos), sin temor de producir ningún accidente. Para algunos autores, el *protargol* sería también «el medicamento de elección» en la blenorragia; nosotros lo consideramos como muy eficaz; por otra parte, ya insistiremos acerca de este producto al tratar de la vaginitis. A falta de *protargol* ó en caso de fracasar, eventualidad siempre posible cuando la uretritis pasa á ser crónica, es bueno obrar sobre la mucosa bien por pincelaciones con *tintura de yodo* ó *sulfato de cobre* del 2 al 5 por 100, como lo indican Labadie-Lagrave y Legueu, bien cauterizándola por medio del *nitrato de plata*. Pero, mientras que unos autores aconsejan toques con una solución de nitrato de plata al 1 por 100 ó al 1 por 50, otros, al contrario, preconizan soluciones mucho más fuertes, y Alfonso Guérin hasta introducía en la uretra un *lápiz de nitrato de plata* dejándolo colocado brevísimo tiempo. Sin el menor inconveniente, algunas veces hemos procedido tocando la mucosa muy rápidamente con una solución al 1 por 5.

Vulvitis blenorrágica

En toda mujer con blenorragia aguda ó crónica, el estado de la vulva exige minuciosos cuidados, lo mismo cuando esta región ofrece apenas algunos indicios sospechosos que cuando está afecta de una viva inflamación. No sólo es ensuciada ó manchada por los flujos que manan de la uretra y de la vagina, y cuyo contacto prolongado es necesario evitar, si que, para la curación de la misma uretritis, es una precaución elemental mantener en limpieza tan rigurosa cuanto sea posible el orificio del meato, los labios y las partes circunvecinas. Por otra parte, Strassmann (en Balzer) recomienda, y sin duda con razón, no prescribir *inyecciones vaginales* demasiado prontas cuando la vulvitis no va acompañada de vaginitis manifiesta, so pena de comunicar la afección á la vagina. *Grandes lavados* y el *aislamiento* de las partes están indicados siempre. Al principio, en los *casos muy agudos*, después de los *baños generales* ó de los *semicupios repetidos*, se practican *lavados* con *agua hervida*, ó bien se ensaya el *protargol* primero al 4 por 100 y después á dosis más elevadas; si no, al cabo de pocos días se puede emplear el *permanganato de potasa* al 1 por 1,000 ó bien la solución siguiente:

Sulfato de cobre	aa. 1 gramo
— de hierro	
— de cinc.	
Solución gomosa	10 gramos
Agua	300 —

Disuélvase

y se coloca permanentemente entre los labios algunos trozos de gasa esterilizada húmeda. Si la vulvitis persiste demasiado tiempo y amenaza hacerse crónica, recurrimos á los *toques de nitrato de plata* en solución al 1 por 30, al 1 por 20 ó al 1 por 5. Las *cauterizaciones* resultan necesarias sobre todo contra una complicación bastante frecuente de la vulvitis crónica, las *foliculitis*. Hemos hablado ya de la foliculitis vulvar de Huguier, denominada también foliculitis externa; pero en el curso de la blenorragia comprobamos también con suma frecuencia inflamaciones muy tenaces de las glándulas periuretrales, foliculitis periuretrales: *a* simples — *b* hipertróficas — *c* supuradas (Hamonic). El mejor medio para acabar con ellas consiste en incindir los folículos, tocarlos luego con el *lápiz de nitrato de plata* ó el *termocauterio*, y mejor el *galvanocauterio*.

Bartolinitis blenorrágica

Las *bartolinitis* es una de las complicaciones más enojosas de la blenorragia vulvar (1). Muy dolorosa en los accesos agudos, sujeta á recidivas que sobrevienen cuando ya hacía meses que la enferma se creía estar curada definitivamente, sigue siendo durante largo tiempo una causa de contaminación, lo mismo que las foliculitis, de las que no nos preocupamos nunca bastante desde este punto de vista. Los primeros fenómenos inflamatorios determinan tales sufrimientos, que la enferma debe guardar cama la mayor parte del tiempo; toma *semicupios narcóticos;* en el intervalo aplicamos en la parte tumefacta varias capas de *algodón hidrófilo* empapadas en *agua hervida caliente* y cubiertas con tafetán engomado; en vez de simple agua hervida usamos también *aguas emolientes* (que no consideramos tan sépticas y peligrosas como se ha dicho) y añadimos á esta especie de cataplasma XX ó XXX gotas de *láudano*.

Cuando se ha *coleccionado* el pus, se debe *incindir* ampliamente, lavar la bolsa con *sublimado* y llenarla de *gasa yodofórmica* que se va apretando dentro de la cavidad. A pesar de los más minuciosos cuidados, cuando menos se espera, la bartolinitis recidiva, y hemos visto, respecto de este particular, ocurrir las más desagradables sorpresas. Repetimos también el consejo de Pozzi: «después de la incisión, escindir rápidamente toda la superficie interna de la bolsa con las tijeras curvas», lo que exige cuando menos la anestesia local. No obstante, las *cauterizaciones* de la cavidad (con la *tintura de yodo*, el *cloruro de cinc*, el *nitrato de plata*) han dado buenos resultados á muchos autores que las recomiendan; pero en todos los casos queda siempre como recurso supremo, al que tal vez nos veamos obligados, la *ablación* total de la glándula.

Vaginitis blenorrágica

La *vaginitis* blenorrágica *primitiva* no se puede dudar que existe; pero hoy día sabemos que muy á menudo, si no casi siempre, es secundaria á una uretritis ó á una metritis de la misma naturaleza. Esta noción etiológica nos induce á tomar las precauciones necesarias para evitar la propagación de la infección desde la uretra ó el cuello á la vagina, si esto es posible, ó cuando menos para intervenir al mismo tiempo sobre la causa primera y atenuar la continuidad de sus efectos. Así es que el tratamiento

(1) VERCHERE hace notar con razón que existe una *bartolinitis simple*, no blenorrágica, y consecutiva á la propagación infecciosa de las proximidades.

de la metritis y el de la uretritis deben ir acompañados de los cuidados que exige la vaginitis, práctica que se ha descuidado durante mucho tiempo, pues los síntomas de leucorrea de dolor, y de tumefacción de las partes, llaman casi exclusivamente la atención hacia la vulva y la vagina.

La disposición anatómica de los fondos de saco, los numerosos repliegues de su cavidad dan tal forma al conducto vaginal que, para obrar sobre toda la superficie de las paredes contaminadas de un modo eficaz, es casi indispensable llevar directamente los tópicos sobre la mucosa desplegándola; si no, una parte más ó menos extensa de esta superficie puede quedar sin sufrir el contacto de las substancias medicamentosas, ó sufrirlo sólo por una muy corta duración. Este hecho tiene suma importancia, pues basta que un punto siga permaneciendo enfermo para que la invasión pueda repetirse como anteriormente.

Es necesario, pues, recurrir al *espéculo;* pero al principio la inflamación y el edema de las fases agudas no permitirían la introducción del instrumento sino produciendo vivos dolores. Se espera, pues, á que los fenómenos hayan ligeramente remitido y la indicación se reduce á prescribir *baños generales, semicupios narcóticos, inyecciones emolientes opiadas, irrigaciones de agua hervida*, etc., los mismos procedimientos, en una palabra, que hemos descrito al tratar de las vaginitis agudas no específicas, y sobre los que no queremos insistir. Con todo, las observaciones publicadas de los resultados obtenidos con el empleo del *protargol* inducen á ensayar este producto, desde el comienzo de la blenorragia vaginal, en inyecciones (siempre tolerables en realidad sea cual fuere la intensidad de la flogosis) con una solución al 2 por 1,000, al 2 por 100, al 1 por 100; en muchos casos el *protargol* atenúa los dolores, disminuye el edema vulvovaginal y la leucorrea de un modo bastante rápido y facilita un examen más completo. Lutaud ha publicado varios casos muy interesantes en que empleado de tal suerte el protargol «ha impedido la extensión de la infección gonocócica al útero y á los anexos»; su acción es, pues, á más de curativa igualmente preventiva. Nuestro colega y amigo De Beurmann (comunicación oral), que en su clínica ha de usar frecuentemente el protargol, lo considera asimismo como uno de los agentes más fieles ó seguros contra la blenorragia vaginal. Véase también lo que antes hemos dicho respecto de la *levadura de cerveza* al tratar de las vaginitis en general.

Cuando la aplicación del espéculo se tolera sin grandes dolores, los lavados de la cavidad vaginal se practican de un modo mucho más completo. Torundas de algodón llevadas con precaución á los fondos de saco, á lo largo de las paredes, de las que borran los repliegues, limpian la mucosa;

luego se dirige el chorro de una irrigación antiséptica sobre el cuello, y alrededor del él en los fondos de saco, cuidando que ninguna zona, por pequeña que sea, escape al contacto de los agentes modificadores. Las soluciones que prescribimos son ó el *protargol* á las dosis ya indicadas, ó el *permanganato de potasa* de 1 por 4,000 á 1 por 1,000 que se ha llegado también á 1 por 200, dosis débilmente cáustica, el *sublimado* á 1 por 4,000 hasta á 1 por 1,000 (se han preconizado también un sin fin de antisépticos, como el *formol*, el *ictiol*, el *ácido fénico*, etc.). Después del lavado, las paredes y el cuello uterino son separados unos de otros por tiras de *gasa esterilizada* ó de *gasa yodofórmica*. Cuando la vaginitis pasa al estado crónico, ó aun cuando se hace esperar mucho la curación, un excelente medio consiste en practicar toques de *nitrato de plata* con una solución al 1 por 100, 1 por 50, 1 por 30 y más. O. Bodenstein (de Berlín) dice haber obtenido buenos efectos contra la vaginitis crónica por un método que nos parece racional (1), pero que no hemos tenido ocasión de experimentar: introduce una serie de torundas de algodón empapadas de *glicerina ictiolada* al 10 por 100, de modo que se dilate toda la cavidad de los fondos de saco. Al cabo de algunos días, la mucosa es despojada de su epitelio; sobrevienen á veces pequeñas hemorragias, fáciles de cohibir; luego toca las paredes con una solución de *nitrato de plata*. Recordaremos también que se emplean para este mismo fin bolsitas ó saquitos de *tanino*, de *glicerina al tanino*, *yodoformo* (5 por 100 y más), *resorcina* (5 á 10 por 100), etc.

Estamos convencidos de que la elección del medicamento tiene mucha menos importancia que el método y los cuidados puestos en las curas repetidas.

Metritis blenorrágica

La *metritis* ocupa en la evolución de la blenorragia un lugar que durante mucho tiempo no se ha sabido reconocer. Que suceda á una infección vaginal propagada á la matriz, no tiene nada de extraño, y esta metritis ha sido descrita ya de mucho tiempo. A fin de prevenirla, el médico aisla el cuello uterino por medio de torundas de algodón ó gasa y durante la cura procede á limpiar escrupulosamente el órgano y cuida de que las irrigaciones no rechacen el pus hacia el orificio cervical; á pesar de todo, estas precauciones resultan á menudo infructuosas.

Pero la metritis no se presenta sólo como complicación de una vaginitis; la encontramos también como localización primitiva inicial

(1) O. Bodenstein. — *Semaine médicale*, 1897, pág. 206.

de la blenorragia y localización primitiva más frecuente después de la uretritis. En muchos casos, la vaginitis es más bien consecutiva que anterior á la metritis. Unas veces la endometritis cervical sobreviene con síntomas agudos, en cuyo caso el diagnóstico es relativamente fácil y las indicaciones terapéuticas se establecen sin vacilación; mas otras veces los fenómenos adquieren desde el comienzo una marcha insidiosa, sorda, sin gran reacción; la enfermedad, *crónica desde el principio*, es el resultado de la contaminación por una blenorragia masculina crónica ó latente y á menudo ignorada. Desgraciadamente, la marcha lenta de la infección no pone á la mujer al abrigo de accidentes, de los que la invasión de los anexos constituye una eventualidad siempre temible.

En las *fases muy agudas* de la metritis, la intervención terapéutica directa en la cavidad de la matriz sería muy difícil y podría resultar peligrosa; el simple examen determina intensos dolores. Es preferible esperar á que la vivacidad de los síntomas inflamatorios se haya mitigado antes de penetrar en el conducto uterino. Por tanto, vale más limitarse al principio á dejar la enferma en *reposo* prescribiéndole, para calmar los sufrimientos, *baños*, *aplicaciones emolientes calientes* en el bajo vientre, *supositorios belladonados*, *enemas muy calientes*, *irrigaciones vaginales calientes*, de las que algunas serán de *protargol* ó de *permanganato de potasa*. Cuando juzguemos que nuestra intervención pueda ser más enérgica sin temor de producir agravación alguna, practicaremos, con gran prudencia al principio, inyecciones intrauterinas de *permanganato de potasa*, por ejemplo, al 1 por 1,000 ó al 1 por 500. Mucho después, intervendremos de un modo más directo y más enérgico, y luego de haber barrido suavemente el conducto de la matriz, procederemos á una *cauterización intrauterina* por medio del *naftol alcanforado* ó de la *glicerina creosotada* al 1 por 3 (de Beurmann).

Cuando la blenorragia cervical ha pasado al estado *crónico*, se limpia la mucosa para quitar las mucosidades que obturan el conducto, y se toca con una solución de *nitrato de plata* al 1 por 50 y más. Pero, á partir de este momento, el tratamiento se asemeja mucho al de las metritis crónicas en general, que expondremos más adelante. No olvidemos, sobre todo, que los gonococos persisten largo tiempo en el fondo de las glándulas y que el tratamiento ha de ser continuo y tenaz.

Debemos consignar también un procedimiento que Joulin ha publicado, hace algún tiempo, y que manifiesta haberle dado excelentes resultados. Dicho autor preconiza la *esencia de Wintergreen;* por medio de un pincel mojado de esta substancia toca los fondos de saco vaginales, las glándulas periuretrales, la mucosa intracervical y termina taponando el orificio del

cuello. Para reconocer la susceptibilidad de la enferma, emplea primero una mezcla compuesta de una parte de esencia y dos partes de alcohol, luego progresivamente llega á la *esencia de Wintergreen* pura. Bastan, por término medio, dos aplicaciones á la semana.

Salpingitis blenorrágica

La infección de la *trompa* en el curso de la blenorragia es una de las complicaciones que debemos considerar como uno de los más importantes factores de gravedad de la dolencia. La *salpingitis* es susceptible de retroceder é inclinarse hacia la curación; con suma frecuencia hace necesaria una intervención quirúrgica seria de por sí; muy á menudo también persiste en un estado de cronicidad, que convierte á la desgraciada paciente en «una enferma del vientre.» Pero si no dudamos en aconsejar una operación así que nos parece necesaria, estamos persuadidos de que si se instituyera á tiempo el tratamiento contra la blenorragia, con todas las precauciones que reclama, las complicaciones serían menos, la salpingitis sobrevendría más raramente, y por consiguiente, no se presentaría con tanta frecuencia ocasión de operar.

La labor del médico consiste en prevenir estos accidentes procurando, desde el comienzo, combatir y detener la marcha invasora de tal afección, que amenaza siempre ganar terreno si se deja abandonada. Sobre todo la blenorragia crónica, capaz de escapar á nuestro diagnóstico y, por consiguiente, á nuestra terapéutica, resulta tanto más temible cuanto que sigue una marcha más insidiosa.

Cuando se tiene ocasión de asistir á las primeras fases ó períodos de la salpingitis, se podrá (de Beurmann) intentar la *dilatación* de la cavidad uterina y su *barrido;* luego se dejará una cura intrauterina con *gasa yodofórmica,* y en los casos afortunados, pero raros, la trompa evacuará su contenido por su orificio. Si bien esta práctica nos da la esperanza de que la salpingitis se vacíe en la matriz, no estamos en el derecho de contar absolutamente con esta terminación tan favorable, y en caso infructuoso, el tratamiento que nos queda por aconsejar está incluído en el de las salpingitis en general, que más adelante expondremos.

Lo mismo diremos de todas las *flegmasías periuterinas, pelviperitonitis,* etc., de origen blenorrágico.

CAPITULO II

TRATAMIENTO MÉDICO DE LA CONGESTIÓN UTERINA

I

Indicaciones terapéuticas

La *congestión uterina,* después de haber ocupado una gran parte de la patología uterina, en la época de los catarros, de los edemas, de los infartos de la matriz, ha sido, por decirlo así, proscrita de la ginecología, tanto que en muchos tratados modernos apenas si se encuentra citada. En un hermoso artículo, nuestro colega y amigo Armando Siredey ha descrito de ella «la grandeza y la decadencia.»

La *congestión uterina* no merece en modo alguno un olvido tan injustificado: debe recobrar su lugar en el cuadro nosográfico y, á nuestro entender, proporciona indicaciones para el tratamiento, ya se manifieste en estado aislado, ya venga á complicar una afección reciente ó antigua del aparato genital.

Estas indicaciones para el tratamiento las encontramos en la *naturaleza* de la congestión uterina, según que debamos cuidar una fluxión viva y movible, pero dolorosa y acompañada de fenómenos alarmantes, ó, al contrario, una congestión de marcha más lenta, casi crónica, según que sea activa ó pasiva, primitiva ó secundaria á una lesión útero-anexial. Las encontramos también en el predominio de tal ó cual *síntoma,* en el estudio de las *causas* y hasta en la edad de la enferma; la pubertad, la menopausia imprimen á los accidentes una marcha bastante especial para necesitar cuidados completamente especiales.

Tomamos de Courty un ejemplo de estas diversas indicaciones, que deberemos tener en cuenta más adelante. Este autor que distingue con mucha sagacidad «la hiperemia pasajera, repleción más ó menos brusca

del sistema vascular, y á menudo depleción también brusca,» esto es, la *fluxion* de la *congestión*, «plenitud del sistema sanguíneo con distensión lenta y continua de los vasos,» hace notar que «las sanguijuelas en el cuello provocan la fluxión, mientras que disipan la congestión.» Hay en esto una distinción que no es tan especial como pudiera parecer. Las *emisiones sanguíneas*, como veremos, logran con mucha frecuencia maravillosos resultados; pero no podríamos prescribirlas indiferentemente y, por decirlo así, de un modo sistemático en todos los casos, y las aplicaciones de sanguijuelas en especial en el cuello de la matriz, á causa de su muy corto número, ó bien por efecto de la naturaleza de la enfermedad, son susceptibles de exagerar ciertos movimientos fluxionarios.

No tenemos que ocuparnos aquí de la semiología; pero consideramos con todo conveniente señalar, aunque muy brevemente, los síntomas principales, de los que deduciremos las indicaciones terapéuticas.

El *dolor* es de los más variables: ya simple sensación de plenitud pélvica, de pesadez perineal ó lumbar, á veces toma el carácter de cólicos uterinos penosos, va acompañado de necesidad repetida de micción y de defecación y llega hasta el sufrimiento constante, gravativo, pulsátil, que las enfermas suplican que se les calme. Se complica también con neuralgias iliolumbares y pélvicas, y en las neuroartríticas (Richelot) la congestión crónica da lugar á un grueso útero neurálgico, cuya sensibilidad, siempre viva, aumenta á cada época menstrual.

Entre los *trastornos de la menstruación*, son muy frecuentes las *menorragias*, reglas profusas, de intensidad absolutamente desacostumbrada, ó un simple flujo que dura días y días, pero poco abundante y hasta á menudo poco coloreado. No se considere como una rareza la *amenorrea* congestiva; se encontrarán ejemplos de ello en el curso de todas las diferentes congestiones; el brote fluxionario no implica necesariamente la salida de sangre. En cuanto á la *dismenorrea*, no repetiremos lo ya dicho al ocuparnos de su tratamiento (véase pág. 172).

Cuando han terminado los menstruos, en los períodos intermedios, la congestión se manifiesta todavía por crisis *leucorreicas*, pérdidas blancas filamentosas, poco espesas; por *metrorragias* cuya abundancia y repetición exigen tanto más nuestros cuidados cuanto á la larga acaban por confundirse con las reglas y á menudo han sido quizás confundidas con las hemorragias de una metritis.

El *estado del útero*, y en particular *del cuello*, nos ayudará á evitar este error; ya volveremos á tratar de ello más adelante. Limitémonos aquí á encontrar signos de congestión, aparte de la metritis, en la tumefacción del órgano, la apariencia rojo-obscura del cuello, sobre el que apa-

recen varicosidades capilares y que sangra al menor contacto; más tarde el considerable aumento de volumen del cuello, la induración de los tejidos, nos demuestran que á la congestión crónica ha sucedido cierto grado de *esclerosis*.

II

Tratamiento de la congestión de origen menstrual

Tomemos dos ejemplos completamente opuestos: por una parte, la congestión que ocasiona una amenorrea accidental; por otra, la que se manifiesta por un brote menstrual de inusitada violencia.

Amenorrea accidental

Las reglas, cuando iban á establecerse ó tal vez en medio de su flujo, son bruscamente suprimidas por una causa súbita, frío, emoción viva, caída, etc., resultando de ello numerosos accidentes cuyo tratamiento hemos estudiado en el capítulo de la *Medicación emenagoga*. Pero entre los accidentes más inevitables, el más inmediato, es la congestión uterina que sobreviene tan pronto las reglas se han suspendido; es la única de las complicaciones de la amenorrea accidental que consideraremos aquí, refiriéndonos para las otras indicaciones terapéuticas á lo que hemos dicho en otras partes de este libro.

La congestión se presenta tan manifiesta, tan innegable é intensa, que es lo que Bennett y Peter toman como tipo de la *congestión útero-ovárica*.

La enferma permanecerá en *reposo absoluto;* quedará en cama; toda fatiga, hasta la más ligera, es susceptible de favorecer trastornos mucho más graves de metritis, de salpingo-ovaritis, perimetrosalpingitis, etc. Se le aplicará sobre el bajo vientre una ancha *cataplasma laudanizada*, que no sea muy gruesa y pesada, y si aqueja cólicos uterinos sobreviniendo por crisis, se podrá substituir la cataplasma por una *unción* con la siguiente pomada:

Extracto de belladona.	aa. 2 gramos
— de beleño..	
Ungüento populeón.	30 —

H. s. a. pomada; después se cubrirá con algodón y franela.

Prescríbanse al propio tiempo abundantes *inyecciones emolientes opiadas* ó bien *narcóticas*, que no es necesario administrar muy calientes, pues no han de pasar de los 38 á 40°. Cada día nos convencemos más de que hemos descuidado ó desconocido mucho los efectos del *agua tibia*, para emplear quizás de un modo inconsiderado, indiferentemente para toda clase de afecciones, el agua á muy elevada temperatura, 45 á 50°. Por la noche se prescribirá un cuarto de *enema laudanizado* para que se retenga el mayor tiempo posible, y uno de los días siguientes por la mañana un *purgante ligero* con 30 gramos de aceite de ricino ó un vaso de una agua mineral. Subordínese, no obstante, el purgante á la no reaparición de las reglas, puesto que acontece aún con bastante frecuencia que la sangre, después de una suspensión de tres ó cuatro días, comienza de nuevo á fluir de un modo más ó menos abundante, y este flujo es un movimiento afortunado que no debemos exponernos á contrariar por una evacuación intestinal, susceptible, en tal momento crítico, de originar una derivación; vaciese entonces el recto por medio de un enema glicerinado.

Los *baños* muy *prolongados* tienen un efecto sedante de los más notables. Trousseau y Peter dicen haber observado que un baño un poco caliente al principio de los accidentes es capaz de aumentar los dolores; por otra parte sabemos, al contrario, que un baño tibio no siempre favorece la venida de la sangre. Dejemos pasar algunos días antes de prescribirlos á fin de dar tiempo á que el flujo menstrual renueve su curso espontáneamente.

Entretanto, aconsejamos *emisiones sanguíneas* para descongestionar la pequeña pelvis, por medio de 10 á 12 sanguijuelas aplicadas en el hipogastrio, aplicación que se repite, si se considera necesario, ya en el bajo vientre, ya en la parte alta de los muslos. Al cabo de una ó dos semanas, si los acccidentes dolorosos y congestivos persisten, conviene practicar emisiones sanguíneas directamente en el cuello. Pero de ordinario, por fortuna, la congestión cede con bastante rapidez, excepto cuando los órganos genitales estuvieren anteriormente enfermos.

Por lo demás, esta hiperemia útero-ovárica, reconociendo una causa accidental bien determinada, la supresión brusca del flujo menstrual, no tiene tendencia á reproducirse, y no afecta la variabilidad tan característica de otras congestiones de naturaleza diatésica por ejemplo; no obstante, cuando no se ha enteramente disipado en el transcurso del mes, la venida de las próximas reglas puede agravar el estado de la matriz y provocar una ligera recaída; más que nunca, en esta época, la enferma permanecerá en reposo absoluto.

Así acontece que, si bien los accidentes se corrigen ó mejoran, la amenorrea continúa; ya antes hemos indicado el modo de emplear la medicación emenagoga y los procedimientos que en tal caso pueden ponerse en práctica.

Brote fluxionario catamenial exagerado

Sin causa bien apreciable, ó por influencia del frío ó de una fatiga extraordinaria, una mujer, de ordinario nerviosa ó artrítica, habitualmente bien reglada y no sufriendo de la matriz, es presa de vivos dolores menstruales, y la sangre fluye en gran abundancia, algunas veces á oleadas. Otras veces los dolores no son violentos, la enferma acusa simplemente pesadez pélvica, algunos cólicos poco penosos, pero el flujo hemorrágico es considerable desde un principio; no se suspende luego, rebasa con mucho su duración ordinaria, persiste, y bastante tiempo después comprobamos todavía un flujo leucorreico teñido de rojo con brotes de sangre pura. Esta crisis es única, ó bien uno ó dos períodos siguientes ofrecen algunos trastornos análogos; luego, todo desaparece, los accidentes no se reproducen, ó cuando menos no se repiten sino al cabo de un tiempo tan lejano que, en el intervalo, se ha adquirido diversas veces la certeza de la perfecta integridad del aparato útero-ovárico. Se ha originado aquí una de esas congestiones que Armando Siredey denomina *idiopáticas*.

Hemos podido observar un ejemplo en una joven que, sin motivo, tuvo un retraso de ocho días en la aparición de sus reglas; no podía tratarse de un embarazo. El flujo de sangre, acompañado de sufrimiento, se presentó con intensidad: la duración fué mayor, las reglas siguientes ofrecieron modificaciones parecidas; pero después, como antes, no pudimos tampoco comprobar nada anormal.

Si esta congestión no tiene en sí misma gravedad, la pérdida hemorrágica abate é inquieta á las enfermas fatigadas ya por los dolores; falta el apetito, el estómago se hace caprichoso; el brote catamenial repercute sobre el hígado, el riñón, sobre todo en el riñón dislocado, y sin insistir en la prescripción de una terapéutica de las más activas, no podemos tampoco descuidar por completo este accidente.

Al cabo de unos cuatro ó cinco días, guiándonos por la duración acostumbrada de las reglas en nuestra enferma, procuraremos detener la pérdida. Las *abundantes irrigaciones de agua caliente y muy caliente,* 45° á 50, por su acción sobre la contractilidad de la matriz y de los vasos encuentran aquí una de sus mejores indicaciones, puesto que conviene moderar una repleción, una distensión rápida del sistema circula-

torio, que se fluxionó bruscamente; se prescribirán de dos á tres al día. Cuando persiste un flujo teñido de sangre, más bien que una verdadera pérdida, ordénense á ejemplo de Aran algunos *baños tibios*, que no los contraindica por otra parte un flujo más abundante.

Mas, ante todo, póngase á la enferma en absoluto reposo, con una alimentación ligera, algunas bebidas frescas, y si desde el primer día la dismenorrea se ha manifestado con mucha intensidad, ó si desde el primer momento la sangre ha brotado de un modo alarmante, se prescribirán, ya el *senecio*, como antes hemos indicado, ya el *extracto fluido de hidrastis canadensis*, LX gotas al día en tres veces en agua azucarada. Parecerá prudente, en muchos casos, prevenir el retorno de semejante fluxión en las próximas reglas, y se continuará el uso intermitente del *hidrastis canadensis* en el período intercalar, ó mejor adminístrese algunos días antes de que sobrevengan los menstruos.

Congestión menstrual de causa extrauterina

Esta fluxión catamenial exagerada, que llega como un huracán, no se reproduce apenas ó en absoluto; no tiene para nosotros la importancia de esta congestión tenaz, persistente que, procediendo al principio por una serie de brotes fluxionarios, acaba por crear á la larga un estado congestivo crónico, y llega á producir también lesiones anatómicas. Crisis de padecimientos uterinos, períodos dolorosos en toda la pelvis, neuralgias, dismenorrea y amenorrea congestivas, sobre todo menorragias aparecen sucesivamente ó se combinan en el curso de la vida genital, acarrean complicaciones graves, si una terapéutica que combata á la vez los efectos y la causa no viene á dominar los accidentes. Comienzan por una simple hiperemia de intensidad variable según las épocas, disminuyendo ó desapareciendo para estallar con nuevo vigor; luego se instala á continuidad, y origina modificaciones en la textura del órgano, conduciendo á la esclerosis (Richelot), á no ser que, favoreciendo una infección, no lleve á una metritis ó á una salpingitis.

Para hallar el modo de prevenir ó de atenuar estas congestiones repetidas, que tienden á hacerse permanentes, debemos combatir ante todo las múltiples causas cuya influencia preside á su evolución.

A las mujeres que consideremos predispuestas les aconsejaremos el reposo en el momento de las reglas; todas las fatigas intempestivas, velar hasta muy tarde, grandes marchas, deporte de bicicleta ó de equitación, permanencia continua de pie, baile, etc., son perjudiciales. En el

período intermenstrual, la vida ha de ser tranquila, los ejercicios moderados; ya diremos más adelante que hay casos en los que un poco de ejercicio practicado moderadamente resulta beneficioso. Armando Siredey afirma, y con razón, que las comidas abundantes, el abuso de platos especiados, la permanencia junto al mar ó en ciertas estaciones termales sulfurosas, aumentan la hiperemia uterina; igualmente los excesos de coito, las excitaciones anormales ó prolongadas. Ya hemos indicado en varias ocasiones los efectos del frío, de vestidos demasiado ligeros, del corsé, de cuerpos extraños, pesarios olvidados y sucios, y no insistiremos aquí de nuevo; pero otra vez aún debemos volver á la carga respecto de los resultados nefastos que acarrean las consecuencias del parto cuando la puérpera emprende demasiado pronto su vida habitual, no observa precaución alguna, no repara en nada ni para su fatiga ni para sus placeres.

En la parte de esta obra que trata de las *falsas uterinas*, ya hemos visto con qué frecuencia sobreviene en estas enfermas la congestión de la matriz y de los anexos. Las menorragias y metrorragias tan numerosas, las dismenorreas, los accesos dolorosos del período intermenstrual, las crisis de leucorrea, son casi siempre la manifestación de un brote fluxionario, cuyo origen real, el verdadero punto de partida reside en un órgano distante. La repleción del sistema sanguíneo del útero, los fenómenos vasomotores obedecen á excitaciones que parten de zonas anatómicas desligadas por completo del útero, y ya hemos expuesto (pág. 4 y siguientes) los diversos modos por que es regida la hiperemia. Debemos, no obstante, hacer presente aquí que, para las *falsas uterinas*, *metrorragia* no significa siempre *congestión;* sería exponerse á grandes equivocaciones terapéuticas tratar todas las pérdidas sanguíneas de estas enfermas como si dependiesen únicamente de un brote fluxionario; las alteraciones de los vasos y de la sangre, por ejemplo, arteriosclerosis y leucocitemia, producen metrorragias que no dependen en modo alguno de la congestión.

Por más cuidados que se prodiguen al útero, en tanto que persiste la causa, la congestión se reproduce, pasa al estado crónico, favorece las complicaciones metríticas ó anexiales y la *falsa uterina* resulta á la larga una *verdadera uterina*. Para evitar estos fracasos es que hemos insistido tanto (1) sobre las precauciones higiénicas y los cuidados terapéuticos que se han de aconsejar á las dispépticas, á las visceroptósicas, á las hepáticas, á las renales, cardíacas, nerviosas, á las artríticas, etc., eminentemente sujetas á todas las variedades de congestión, activa ó pasiva, primitiva ó secundaria, aguda ó crónica. No alcanzaremos un éxito durable sino combinando el tratamiento del estado general con el de la matriz; des-

(1) Véase *Tratamiento de las falsas uterinas.*

cuidando el uno ó el otro, conseguiremos sólo un resultado incompleto y nuestros esfuerzos resultarán ineficaces.

Conocemos ya el tratamiento de las falsas uterinas; más adelante describiremos el de la congestión, pero antes debemos detenernos brevemente en algunos puntos.

El *estreñimiento* habitual, con ó sin visceroptosis, es, según parecer general, una de las causas que más favorecen la congestión uterina. Es necesario, pues, combatirla metódicamente; las enfermas se prestan á ello, pero casi todas preguntan: «¿Puedo purgarme en el momento de las reglas, un poco antes y durante su flujo?» Esta cuestión no debe descuidarse, puesto que una evacuación intestinal abundante en el momento de las reglas es susceptible de contrariar su erupción; y, por otra parte, todas las mujeres estreñidas saben por experiencia que si su intestino queda libre, sus dolores menstruales son menos vivos y son menores las probabilidades de pérdida. De un modo general, al estar próximas las reglas, es prudente limitarse á los laxantes ligeros, el polvo de regaliz compuesto, del que hemos dado la fórmula (pág. 209); algunas cápsulas de aceite de ricino, simiente de lino ó de psilión, por ejemplo, á cuyo efecto se puede coadyuvar con pequeños supositorios glicerinados. Pero interróguese también á la enferma: hay mujeres, hasta de las ordinariamente estreñidas, que, uno ó dos días antes de sus menstruos, tienen una pequeña diarrea denotando la fluxión catamenial de toda la pequeña pelvis. En ellas tenemos en cuenta este esfuerzo natural del organismo, que no nos conviene en manera alguna exagerar, y suspendemos los laxantes con alguna anterioridad. En las otras, al contrario, no hemos observado ningún inconveniente de que se purguen habitual y ligeramente, hasta durante el flujo sanguíneo. No sucede lo mismo con las abundantes irrigaciones intestinales de uno á dos litros de agua caliente, que prescribimos en la enterocolitis, y que conviene no practicar en el momento de las reglas.

El *estreñimiento crónico*, la *coprostasis* conservan, pues, en la etiología de estos accidentes uterinos una importancia que les reconocemos. Castan (de Béziers), que considera el flujo menstrual como un emunctorio, ve en la congestión de la matriz y en las hemorragias que la acompañan, el resultado de una intoxicación de la economía debida á esta coprostasis y producida por las ptomanías, el indol, el fenol, el escatol, etc., de origen intestinal. Esta patogenia comprende, sin duda, á cierto número de casos; pero nos resistimos á considerarla como exclusiva.

En estos últimos tiempos, Richelot ha insistido especialmente acerca de la congestión uterina de las *neurartríticas;* se le ha reprochado el generalizar con exceso y englobar, en el concepto de esta categoría, casos

que reconocen una etiología diferente. Esta crítica no parece carecer de fundamento, pero no por ello deja de ser cierto que la descripción de Richelot responde á hechos muy exactamente observados, aunque no sean tan numerosos como él se imagina. Por nuestra parte, verdaderamente hemos visto ejemplos indiscutibles, y la lectura de su trabajo nos ha dado la explicación de fenómenos que otras veces nos habían sorprendido sin que lográsemos poderlos dilucidar. «Hay jóvenes, dice Richelot, en las que la congestión uterina, violenta en el momento de las reglas, no cesa por completo ó se renueva en épocas variables, sin otro motivo plausible que una acción nerviosa, y va acompañada de dolores, sobreviniendo por crisis y no respondiendo á ninguna lesión provocada. Con la *congestión* y la *neuralgia* van unidos el *catarro uterino* y una *leucorrea* abundante,» que no explica ninguna metritis. Esta congestión uterina comienza en la pubertad, y ya hablaremos de ella más adelante. Durante la vida genital, las crisis dolorosas, las menorragias, los rezumamientos sanguíneos irregulares, los brotes leucorreicos intermenstruales revelan una congestión que, á la larga, provoca en el tejido uterino una hiperplasia que se traduce por el aumento de volumen del órgano y la ampliación de su cavidad.

Cuando se examina estos úteros gruesos, el cuello aparece pálido, violáceo, duro, viscoso; pero no presenta ni desgarro, ni pseudoulceración, ni prolapso de la mucosa, ni moco-pus. «Este estado, añade Richelot, coincide con las desviaciones y el prolapso; abarca desde útero engrosado, habitualmente congestionado, pero de mediano volumen, hasta los grados extremos del gigantismo uterino, del útero fibromatoso sin fibroma. Esta distrofia uterina de origen artrítico exige cuidados muy distintos de los de la metritis, con la que muy á menudo se confunde.»

No olvidemos con todo que esta variedad morbosa, principiando por el brote fluxionario para llegar hasta la congestión crónica, y luego hasta la esclerosis, y que no deja de presentar alguna analogía con la *congestión hipertrófica* de Aran, es susceptible á su vez de complicarse de metritis.

Desde el punto de vista terapéutico, y esto nos interesa mucho, las neurartríticas están sujetas á crisis de congestión uterina, que acaban por determinar la matriz grande, neurálgica, y provocan pérdidas hemorrágicas, dolores uterinos y periuterinos, leucorrea, que sucesivamente, como el estado local, reclamarán nuestra atención.

MEDIOS TERAPÉUTICOS. — Nuestras prescripciones no podrán ser las mismas para una enferma que padezca un paroxismo fluxionario, que si sufre un estado congestivo permanente, ó bien si está afectada de esclerosis.

Hemos establecido anteriormente el tratamiento del brote fluxionario. Ante un estado *congestivo permanente,* las indicaciones pueden también ser muy diversas: en una mujer predominan las pérdidas sanguíneas, en otra los fenómenos dolorosos, etc.; el aspecto del útero, más ó menos grande, más ó menos duro ó blanduzco, contribuye también á guiarnos en esta serie de estados de una intensidad variable. No repetiremos las recomendaciones relativas á la *higiene* alimenticia, á las excitaciones sexuales y al coito. Mas detengámonos un poco acerca del *reposo* que se ha de ordenar á las pacientes. En el momento de las reglas debe ser absoluto; pero en el período intermenstrual las indicaciones no son tan exigentes. No deja de ser un inconveniente, para su salud general, que, durante semanas y más semanas, obliguemos á permanecer en cama ó confinada en la habitación á una enferma cuya congestión uterina reconoce una causa extragenital; esta claustración hasta acabará por producir malos resultados para el estado de la matriz. Por esto Aran y los autores del *Compendium* aconsejaban, y con justa razón, el aire libre, el sol, un ejercicio moderado, paseos en coche, la marcha lenta y sin fatiga. Podemos guiarnos por las sensaciones que experimenta la enferma: el dolor provocado por la permanencia en pie ó la marcha, la reaparición de las crisis neurálgicas, la venida de un flujo hemorrágico abundante, nos incitan á obligarla de nuevo á la inmovilidad.

Conviene actuar sobre el intestino. Desde luego el estreñimiento mantiene la hiperemia de toda la pequeña pelvis, y aparte de esto la derivación provocada por un purgante ocasiona siempre cierta descarga del aparato sexual. Se evitarán los medicamentos como el áloes que fluxionan el recto; lo más sencillo es prescribir uno ó dos vasos de una agua mineral purgante. En las visceroptósicas con enteritis glerosa, aconséjese un poco de aceite de ricino; en las hepáticas ó las cardíacas, una dosis de calomelanos.

En el intervalo, mejor por la noche, la enferma retiene un gran *enema* caliente cuya acción directa sobre la matriz se combina muy bien con la de las inyecciones vaginales. Por último, se puede recurrir á una irrigación rectal caliente como preconiza Reclus.

Aquí las *inyecciones*, tan *calientes* como pueda soportarlas la enferma, resultan muy eficaces por la influencia que ejercen sobre la contractilidad de la matriz y sobre todo de los vasos, que á larga se dejan pasivamente dilatar y tienen necesidad de ser excitados para volver sobre sí mismos, tanto más cuanto que obran también contra las metrorragias. Aran y Gallard empleaban sobre todo el *agua fría;* para evitar fenómenos reaccionales persiguiendo el fin propuesto, y para mantener y conservar

la depleción vascular, se veían obligados á emplear *agua fría de un modo muy prolongado*. No negamos que, en algunos casos, con este procedimiento se pueden obtener éxitos indiscutibles, sobre todo en períodos muy avanzados de la congestión crónica, cuando el útero ingurgitado está duro y es difícil de estimular. Mas no olvidaremos que la congestión va fácilmente acompañada de manifestaciones neurálgicas que, á la larga, se aislan del complexus sintomático, adquieren una especie de individualidad, persisten entre los paroxismos fluxionarios, y esta congestión se presenta con preferencia en las neurartríticas; por nuestra parte consideramos que se han de tener muchas reservas, y elegir bien los casos para ordenar el agua fría mucho tiempo continuada, cuando el agua caliente, empleada aun indiferentemente, no nos expone á los mismos inconvenientes. Ya volveremos á ocuparnos de estas restricciones al tratar del semicupio con agua corriente.

Es difícil continuar las *cataplasmas* durante semanas; también muchos autores prefieren, no sin ventaja, la aplicación repetida de *vejigatorios* volantes, ó las *embrocaciones de tintura de yodo*. Una práctica, aceptada fácilmente por las enfermas, consiste en colocar durante la noche sobre el bajo vientre compresas empapadas de *aguas madres de Salies-de-Béarn* ó de *Biarritz*, exprimidas luego y cubiertas con tiras de franela. Alberto Robin explica más adelante la acción de estas aguas madres cloruradomagnésicas.

Los *baños generales* aportan á nuestra terapéutica un recurso de los más beneficiosos. No los *baños calientes generales*, que son excitantes, sino los *baños tibios*, de un efecto sedante, que calman los dolores, relajan los tejidos, distienden la turgencia circulatoria, y logran, por último, buen resultado en muchas enfermedades agudas de los órganos genitales. Para aumentar sus propiedades calmantes, acostumbramos disolver en el baño 250 gramos de gelatina de París y 250 gramos de subcarbonato de sosa. La enferma tomará al menos un baño cada dos días, si se teme que experimente alguna debilitación por su administración cotidiana.

En los casos en que la matriz no sufre paroxismos fluxionarios muy dolorosos, en que no existen complicaciones neurálgicas, y con todo persiste una congestión de marcha tórpida, rebelde á todo tratamiento, podemos hallar un recurso, á veces muy útil, en el empleo de los *semicupios frescos de agua corriente*. Siendo éstos de corta duración, su acción resultará excitante y tenderá á lograr el fin que nos proponemos; para que adquieran cualidades descongestionantes, hemostáticas y sedantes, su duración debe prolongarse de diez á veinte minutos. Gallard ha precisado bien las condiciones de estos semicupios de corriente

continua: recomienda colocar la enferma en el baño lleno previamente de agua fría, y establecer luego la corriente para que ella no sienta la impresión de entrada; así no se produce reacción y el útero se descongestiona. Dicho autor combinaba esta forma de baño con la ducha vaginal, y prohibía que se abriesen las aberturas laterales del aparato antes de haber llenado el baño para evitar á la paciente la flagelación producida por los chorros laterales, cuyo efecto no es ya sedante y antiflogístico, sino estimulante y excitante.

Las *emisiones sanguíneas*, que no están contraindicadas por las hemorragias, como tan acertadamente hacía observar Aran, se cuentan entre los mejores procedimientos que podemos emplear. Se practican en el período intercalar, ó bien algunos días antes de la época menstrual si se teme que la aparición de las reglas, sumándose al estado morboso, agrave la situación. Se aplican 10 ó 12 sanguijuelas en el hipogastrio, en la región perineovulvar ó en las ingles; mejor será 6 sanguijuelas en el cuello uterino por medio de un espéculo ordinario, el de Fergusson, por ejemplo. La molestia de mantener cierto tiempo la enferma en una posición incómoda para aplicar las sanguijuelas en el cuello, la obligación de estar presente para cuidar de que ninguna sanguijuela penetre en el conducto, inclinan á preferir las escarificaciones, pero su efecto dista mucho de ser tan eficaz; en substitución de las sanguijuelas, no les oponemos ningún reparo.

En el intervalo de las emisiones sanguíneas, una ó dos veces por semana, se pone en contacto con el cuello una *torunda glicerinada* que provoca cierta trasudación serosa. Practicamos á veces una especie de pequeña *columnización*, que consiste en rodear el cuello, tanto por los lados como por su orificio, con una serie de torunditas de algodón hidrófilo empapadas de glicerina, que lo comprimen ligeramente; se mantienen aplicadas acabando de llenar la vagina con gasa esterilizada, pero no la apelotonamos como en la verdadera columnización.

Las aplicaciones locales de *alumbre*, *tanino* y *ratania*, tan preconizadas de antiguo, no nos parecen proporcionar ningún resultado manifiesto.

En algunos casos de ingurgitación blanda del útero, hemos visto hace tiempo que uno de nuestros maestros lograba buenos resultados con la administración de píldoras de *ergotina* en series de seis á ocho días, que espaciaba suficientemente.

Debemos pensar, por último, en la *electricidad*, el *masaje* y sobre todo en la *hidroterapia*, más al alcance de todo el mundo, y que regulariza la circulación á la vez que estimula el sistema nervioso.

Algunos síntomas reclaman á veces por su predominio una medicación especial.

Las *metrorragias* ceden ordinariamente con las inyecciones de agua muy caliente y, si es necesario, con abundantes irrigaciones continuas de agua caliente. La introducción suave, hasta el orificio del cuello uterino, de una gasa empapada de suero gelatinado basta á veces para contenerlas. Si tienen tendencia á reproducirse, para ayudar á la acción de estos medios se prescribe al interiór el cloruro de calcio, las píldoras de ergotina y de digital, el extracto fluido de hidrastis, etc., y sobre todo el sulfato de quinina (1). Este último medicamento es el remedio por excelencia de las hemorragias fluxionarias y neuropáticas (Lancereaux), y se administra á la dosis de 0gr,50 á 1 gramo y 1gr,50. Pero recuérdese que una hemorragia moderada determina á veces una suspensión de los accidentes congestivos y que no se debe combatir demasiado prontamente.

La *amenorrea congestiva* reclama principalmente las emisiones sanguíneas.

Los *dolores* hipogástricos se calman con los enemas y cataplasmas laudanizados, con la aplicación sobre el bajo vientre de compresas calientes y mejor de *sacos de agua caliente*, que dan también buen resultado y son de fácil empleo contra los dolores lumbares que acompañan con tanta frecuencia á los padecimientos pélvicos. Las *pomadas de beleño y de belladona* calman los cólicos uterinos, así como los *supositorios de belladona ó de morfina*.

Contra los sufrimientos de naturaleza neurálgica, recurrimos á los vejigatorios simples ó curados con morfina, ó bien á las aplicaciones de salicilato de metilo ó de la siguiente mezcla:

Esencia de Wintergreen	5 gramos
Aceite esterilizado	10 —

H. s. a. Mixtura. Cúbrase abundantemente de algodón y de tafetán engomado.

Por último, el *cloral*, el *opio*, el *sulfonal*, procuran á las enfermas el sueño necesario. Cuando la congestión crónica llega á la fase de *esclerosis*, se continúa poniendo en práctica los mismos procedimientos terapéuticos, pero las probabilidades de éxito disminuyen mucho; todo lo más á veces se consigue paliar los accidentes más penosos. Richelot aconseja la *dilatación* para abrir el cuello y reblandecer su tejido, á fin de determinar

(1) P. Dalché.—El sulfato de quinina en la terapéutica uterina, *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 1900.

una retención, y el *raspado* contra las vegetaciones poliposas de esta pseudometritis.

Mas, en general, nos abstendremos de toda terapéutica intrauterina; exagera los dolores y no modifica favorablemente el estado local.

El tratamiento *hidromineral,* tan importante y tan eficaz, será expuesto más adelante por Alberto Robin en un capítulo especial.

PUBERTAD.—En la época de la pubertad, la congestión uterina nterviene á cada momento en las dismenorreas, las sensaciones y dolores pélvicos múltiples, los períodos leucorreicos y sobre todo en las hemorragias genitales. El movimiento fluxionario, tan activo y tan potente en este período de la vida, predomina en la patogenia de los accidentes del aparato sexual. Pero es necesario no exagerar nada; nunca lo repetiremos bastante, no deben confundirse la menorragía ó la metrorragia de la pubertad con la congestión uterina: esto nos llevaría á una terapéutica de las más viciosas.

Esta congestión uterina es provocada y sostenida por numerosas causas, que nos proporcionan otras tantas indicaciones de tratamiento. Conocidas son ya las ideas de Castan acerca el papel que desempeñan los *venenos intestinales* y los *venenos del organismo* en general. Richelot encuentra ya en algunas jóvenes en la pubertad la tara del *neurartritismo.* «Tienen, dice, reglas difíciles, irregulares, unas veces profusas, otras insignificantes; la congestión menstrual las hace sufrir terriblemente y el flujo catarral parece suplir á la escasez de la pérdida sanguínea. Son nerviosas y pueden también tener ataques de histerismo.»

Todo lo que llevamos dicho con respecto á las *falsas uterinas* se aplica á la pubertad; indicaremos solamente la congestión pasiva de la estrechez mitral (1).

Pero téngase sobre todo en cuenta el trabajo local que acompaña al desarrollo, á las modificaciones tan considerables del útero en esta época; he aquí una causa importante, la más importante podríamos casi decir, que llama, localiza y fija la fluxión, aun cuando esta fluxión reconoce otras influencias. Así como conocemos asistolias localizadas, hay igualmente congestiones localizadas.

Entre estas influencias no dudamos que la *secreción interna del ovario* figura en primera línea. ¿Ejerce una acción general tóxica ó antitóxica? Consideramos que esto se presta á discusión. Pero es muy probable que su sola presencia baste para excitar los fenómenos vasodilatado-

(1) Véase la pág. 50.

res de la matriz; una secreción exagerada ó irregular produce la hiperemia y la fluxión, lo propio que una secreción suprimida ó disminuída da lugar á la amenorrea. Ya hemos indicado anteriormente las conclusiones que se pueden deducir de esta hipótesis para la patogenia de ciertas *clorosis* de origen genital, unas menorrágicas, otras amenorreicas.

No debemos ocuparnos de nuevo de la higiene de la pubertad para permitir sin accidentes esta transformación del aparato genital y de todo el organismo.

Cuando se ha declarado la congestión uterina, ordénese el reposo á la joven; también debe permanecer en cama en tanto se manifiesten los fenómenos dolorosos ó hemorrágicos. Hemos consignado ya el tratamiento de las metrorragias y de las dismenorreas puberales (1). Contra la misma congestión en el intervalo de las reglas, prescríbanse los baños generales sedantes con gelatina de París y el subcarbonato de sosa, enemas calientes para tomar y retener por la noche. Durante el día hágase aplicar en el bajo vientre una faja de franela; por la noche, algunas compresas calientes, y si es necesario cataplasmas. Pero se debe evitar toda medicación interna, nada de remedios llamados fortificantes: son inútiles, más bien perjudiciales y alteran las funciones digestivas; si la joven pierde mucho, no es por anemia. Insístase más bien en las prácticas de hidroterapia.

Hay que tranquilizar sobre todo á las familias; es aún bastante raro que los accidentes congestivos no cedan si se ha instituído una higiene y una terapéutica juiciosas. Los fenómenos se reproducen durante varias menstruaciones consecutivas; pero cuando ha terminado por completo la transformación del útero y de los ovarios, las reglas aparecen normales. Hemos asistido á varias jóvenes que han ofrecido accidentes congestivos; mas cuando ha terminado el período de transformación puberal, su estado siempre ha mejorado, cuando no ha pasado á ser absolutamente regular. Es necesario que esta evolución se verifique en las mejores condiciones posibles de calma y de bienestar.

MENOPAUSIA. — A todas las causas precitadas, añádase, por lo que se refiere á la menopausia, la influencia de los brotes fluxionarios, que á esta edad de la vida se presentan en todos los órganos y en especial en la matriz en la época de decaimiento de las funciones ováricas.

La *medicación revulsiva y derivativa* tiene aquí una de sus mejores indicaciones. Purgantes frecuentes, pediluvios sinapizados, ventosas secas aplicadas sobre los riñones, la espalda, etc., y sobre todo las emi-

(1) Véanse las págs. 154 y 158.

siones sanguíneas combinadas ó alternando con la *opoterapia ovárica*, calman muy bien á las enfermas. Ya hemos hablado extensamente de estos diversos medios y de su empleo al tratar de la menopausia.

III

Congestión menstrual y afecciones útero-anexiales

La mayor parte de las enfermedades útero-anexiales ocasionan trastornos en la aparición de las reglas y provocan, al menos por períodos, la congestión menstrual. Estos fenómenos congestivos agravan á su vez las lesiones genitales preexistentes; sabemos, además, que contribuyen á la aparición de los accidentes inflamatorios aun cuando el aparato sexual se haya conservado sano hasta entonces.

Ha de preocuparnos, pues, esta variedad de congestión menstrual, ya que desempeña un importante papel en la evolución de los *puerperios*, *metritis*, *desviaciones*, *fibromas*, *tumores*, *salpingo-ovaritis*, etc., sea que ella las reconozca por causa, ó, al contrario, que se añada con sus síntomas y los exaspere.

En general, esta congestión se manifiesta algunas veces por *amenorrea* ó *dismenorrea congestivas* en el curso de las *flegmasías uterinas* y *periuterinas*, á menudo por *leucorrea* y *hemorragias*, y siempre por *dolores*. La congestión que acompaña los *tumores* provoca casi siempre *hemorragias*.

Mejor que entrar en detalles respecto de la amenorrea y de la dismenorrea congestivas, etc., cuyo tratamiento hemos expuesto ya, valdrá más que consignemos algunos ejemplos.

METRITIS.— «Cada época menstrual, dice Bennett, agrava casi invariablemente el estado de la enferma, y exacerba todos los síntomas. Aumenta el peso del útero, se acentúan las dislocaciones; hasta he visto casos en que éstas, sobre todo la retroversión, existían únicamente durante las reglas. Los dolores uterinos, ováricos ú otros, se exacerban. En cuanto al flujo catamenial, es generalmente, pero no siempre, menos abundante é irregular, dura varios días, cesa, luego reaparece. La sangre se presenta en coágulos cuya salida va precedida de cólicos. Cuando han cesado las reglas, el útero permanece congestionado é ingurgitado de sangre.»

Igualmente, en el período intermedio, no ocurre detención alguna; metritis y congestión no tienen ninguna tendencia á retrogradar.

Reposo, baños sedantes, irrigaciones calientes, compresas con aguas madres de Salies-de-Béarn ó de Biarritz, compresas excitantes, torundas glicerinadas sobre todo, etc., pónganse en práctica todos los medios terapéuticos enumerados ya contra la congestión uterina. Pero aquí domina la indicación de las *emisiones sanguíneas*. Bennett las aconsejaba *después* de las reglas. Gallard *un poco antes* de que aparecieran éstas por medio de sanguijuelas aplicadas en el cuello, y debemos añadir que hemos podido presenciar que con este método obtenía excelentes resultados; de tal suerte la fluxión menstrual encuentra un órgano desingurgitado y los fenómenos catameniales se verifican de una manera más normal. Después de las reglas y en su intervalo, si la matriz queda blanda é ingurgitada, se pueden prescribir durante algunos días píldoras de *ergotina* y colocar sobre el hipogastrio uno ó varios *vejigatorios* volantes. Es en estos casos también que hay que considerar la oportunidad del *semicupio fresco de agua corriente*.

RETRODESVIACIONES.—La congestión uterina, por las modificaciones que determina en la textura del órgano, contribuye á favorecer la producción de las dislocaciones. Pero, además, en las retrodesviaciones, y en particular en las retroflexiones, acontece que la parte posterior del cuerpo uterino presenta un estado de congestión crónica, sostenido por la posición viciosa del órgano y los trastornos circulatorios que de ello resultan. Este estado se exacerba á cada brote menstrual, de lo que resulta una dismenorrea de las más penosas, la producción de coágulos cuya expulsión produce cólicos y, por último, hemorragias de repetición muy tenaces. En toda ocasión el tacto del cuerpo por el fondo de saco posterior es vivamente sensible.

Hay que estar prevenido respecto de esta posible complicación, puesto que la hemos visto confundir con la flegmasía retrouterina, la parametritis, las adherencias dolorosas, etc. Por otra parte, no contraindica ni el enderezamiento de la matriz, ni el uso de un pesario; al contrario, estos dos medios contribuyen á que desaparezcan los accidentes. Por exceso de prudencia practicamos primero el enderezamiento manual sosteniendo los primeros días el útero por medio de torundas de algodón, lo que no impide que se prescriba la medicación sedante. Los enemas calientes en especial producen buenos efectos en estos casos, y se recomienda á la enferma que se acueste echada sobre el vientre algunos minutos, después de haber tomado el enema.

OVARITIS.—Las ovaritis crónicas repercuten á menudo en la matriz y provocan en este órgano fenómenos de hiperemia.

Es uno de los casos en que, á la medicación habitual ú ordinaria, pueden asociarse las preparaciones de *ergotina*, de *sulfato de quinina*, de *polvo de hojas de digital*, etc., ó hasta también el *hydrastis canadensis;* si los resultados que se obtienen son insuficientes, se recurre al *hamamelis virginica*, al *cannabis indica*, al *viburnum prunifolium*, al *gossypium herbaceum*, del que ya hemos expuesto la posología.

No olvidemos que, en un considerable número de casos, los fenómenos dolorosos y hemorrágicos han remitido merced á la *opoterapia ovárica*.

IV

Congestión uterina del período intermenstrual

La congestión menstrual exagerada persiste á menudo después de haber terminado las reglas y alcanza la próxima época catamenial. Pero, además, toda la serie de causas citadas, uterinas y extrauterinas, pueden, en un momento dado, motivar la aparición de fenómenos congestivos en la matriz, aparte de toda influencia menstrual. Hemos descrito ya estos fenómenos al tratar de las *falsas uterinas*, de sus hemorragias, de sus dolores pélvicos, de sus crisis leucorreicas, etc.; lo propio ocurre en las *uterinas verdaderas*.

Casi siempre en estos casos se trata de una recaída que sobreviene de un modo inopinado, y la explosión de los accidentes independientemente de las reglas entraña cierta gravedad de la enfermedad, puesto que ésta se constituye por completo aparte de la fluxión normal.

Así la terapéutica ha de vigilar también, á fin de evitar el paso de la afección al estado crónico. Después de los medios ordinarios, después del masaje, de la electricidad, ténganse presente los recursos que nos ofrecen la hidroterapia y sobre todo el tratamiento hidromineral.

CAPITULO III

TRATAMIENTO MÉDICO DE LA METRITIS

I

Introducción

La exposición del tratamiento de la *metritis*, que vamos á describir tal como lo practicamos, no nos obliga á establecer de antemano una clasificación minuciosa de las distintas formas de la enfermedad. Esta clasificación, indispensable cuando nos proponemos estudiar los síntomas, no tiene la misma importancia para la terapéutica. Nos basta considerar primero si la metritis es *aguda* ó *crónica*, deteniéndonos con todo en algunos casos en que, habiendo disminuído la intensidad de los fenómenos primitivos, la afección tiende á evolucionar en una fase *subaguda;* luego, cuando hayamos ya trazado las grandes líneas del tratamiento en general, nos quedará por establecer cuál debe ser nuestra conducta ante ciertas manifestaciones predominantes.

El tratamiento de la metritis es difícil y delicado de instituir, sobre todo el de la metritis crónica. Exige una gran paciencia por parte de la enferma y una gran tenacidad del médico, y á pesar de todos los cuidados prodigados, causa aún muchos sinsabores á las enfermas y á los médicos. «Nada, dice Gallard, atestigua mejor nuestra impotencia para curar con seguridad una enfermedad determinada, como la abundancia y la variedad de los medios aconsejados para combatirla. Esto resulta cierto, sobre todo respecto de la metritis crónica. Importa no dejarse llevar en busca de un ideal de casi imposible realización, como es el retorno completo del útero á sus dimensiones y á su estructura primitivas.»

Los fracasos que siguen á nuestra terapéutica se deben á multitud de causas; pero si bien hay algunas contra las cuales nada podemos, existen

otras, por el contrario, que hasta cierto punto dependen del modo como intervengamos y que está en nuestra mano prevenir. Entre las razones que explican los fracasos, Gaillard Thomas cita los errores de diagnóstico, los cuidados mal apropiados, luego la negligencia del tratamiento general y de la higiene, y Pozzi hace observar que toda metritis que no es «curada rápidamente, peligra de hacerse incurable.»

Si, á pesar de toda nuestra atención y buena voluntad, no nos es siempre posible curar una metritis, pueden cuando menos evitarse los *errores de diagnóstico*, los *cuidados no apropiados*, el *descuido de las prescripciones higiénicas* y del *tratamiento general*.

Sigamos, pues, los consejos de Gaillard Thomas y ocupémonos ante todo de los preceptos higiénicos y de los cuidados generales. Les concedemos el primer lugar, porque no sólo su observancia coadyuva á la curación de la metritis cuando existe, si que también el atender al estado general y una higiene bien comprendida pueden, hasta cierto punto, *prevenir* la aparición de accidentes uterinos cuando aún no han ocurrido. Dicho autor opina que debemos obrar sin esperar á que la enferma se halle en estado de gravedad.

II

Consideraciones acerca la higiene y la terapéutica de las causas que provocan ó sostienen la metritis

Todas las metritis son *infecciosas*, y aun los mismos autores que no admiten esta definición, reconocen que en un momento dado toda metritis es *infectada*. El organismo patógeno, extraño á la enferma, viene del exterior y es llevado á la cavidad de la matriz de un modo completamente accidental ó por una intervención desgraciada (heteroinfección); otras veces se encontraba ya en las vías vulvovaginales, llegando hasta el útero sano ó de resistencia disminuída por una alteración anterior.

El primer cuidado del médico es no descuidar nada para evitar esta invasión, prevenirse de este peligro cuando es inminente, y si la matriz está ya interesada, ponerla al abrigo de nuevos ataques, á fin de que una lesión preexistente mínima ó ya un tanto seria, no sufra una serie de agravaciones por influencia de causas persistentes y no corregidas.

EXAMEN MÉDICO.—El *examen médico* deberá practicarse sin reparo cada vez que sea rigurosamente necesario, pero lo menos frecuentemente

posible, no descuidando nunca rodearse de todas las precauciones de una *asepsia* completa. Excusado es decir que cuando se trate de la introducción en el conducto uterino de una sonda, de un histerómetro, etc., un olvido, aun ligero, de las reglas de la asepsia, acarrea á veces graves consecuencias, pues hasta el simple tacto vaginal no está siempre exento de peligro. El dedo explorador lleva al cuello del útero los gérmenes que existen en la vulva y la vagina, y si la enferma presenta vulvitis ó vaginitis, la contaminación es más fácil; no hablamos ya de los accidentes que resultarían de la falta de limpieza del mismo médico. Pero, aparte de todo motivo ó causa de infección, cuando una matriz presenta una lesión aguda ó crónica, no es conveniente examinarla á cada momento, imprimirle movimientos, hacerla pelotear, despertar sensaciones dolorosas; este reposo, necesario para la curación, que recomendamos á nuestras enfermas, debemos ser los primeros en respetarlo.

PUERPERALIDAD.—La metritis figura entre las más frecuentes consecuencias del puerperio; pero los cuidados que deben procurarse para preservar á la parida en el momento del parto y después, no corresponden directamente á nuestro estudio; se encuentran, por otra parte, descritos en todos los tratados de obstetricia y consideramos que no debemos insistir aquí en ello. Más adelante ya nos detendremos en lo referente al tratamiento local de los fenómenos sépticos, de naturaleza puerperal, que afectan á la matriz. Los accidentes que sobrevienen á consecuencia de la *retención de membranas* ó de *fragmentos placentarios,* hacen imprescindible la *limpieza del útero;* conviene asegurarse que la cavidad no contiene ya ningún resto, tanto si el embarazo ha llegado á término en su evolución, como si éste ha sido interrumpido por un aborto

El estado que se ha descrito con el nombre de *subinvolución* y que reconocemos como origen de tan frecuentes metritis, depende con suma frecuencia de transgresiones de la higiene, de falta de las precauciones y cuidados que las mujeres deberían observar después de sus partos. Se levantan demasiado pronto, se obstinan en no guardar cama los días que se les ordena y que no pueden ser los mismos para todas las pacientes, cosa que ellas no quieren admitir. Unicamente el médico puede establecerlo, basándose en el estado del aparato genital; pero ellas se empeñan en no quererlo entender así, se atienen á una fecha fija, doce, quince ó veintiún días; se levantan, dedícanse de nuevo á sus ocupaciones, á sus diversiones, andan, se fatigan; la matriz, continuando voluminosa, blanda, sigue siendo terreno fácil é indicado para todas las infecciones; se establece la metritis y con frecuencia, antes ó después de ella, las anexitis.

Se logran prevenir muchas metritis imponiendo el médico su autoridad á las mujeres, aun mucho tiempo después de haber éstas parido, ordenándoles el reposo, cuidados, en tanto que el aparato genital no haya adquirido de nuevo sus proporciones normales.

TRAUMATISMOS.—Los traumatismos, caso raro fuera de la intervención quirúrgica, reclaman seguidamente, para alejar las consecuencias, la asepsia de las vías genitales y el reposo.

ENFERMEDADES DE LA VULVA Y DE LA VAGINA. — LEUCORREA.— Hemos colocado antes las metritis en la etiología de las vaginitis y de las vulvitis; la marcha inversa de los accidentes y la posible propagación al útero de una afección de la vulva ó de la vagina, incitan á tomar precauciones para poner al abrigo de una infección ascendente el orificio cervical y el cuello. Con todo no nos forjemos muchas ilusiones, ni esperemos un efecto seguro de los más minuciosos cuidados; es en verdad muy difícil proteger el cuello de un modo perfectamente absoluto.

Es por esto que algunos autores aconsejan abstenerse de practicar frecuentes inyecciones vaginales, capaces de hacer llegar al cuello secreciones morbosas; el consejo no lo juzgamos acertado. Una abundante irrigación, continuada mucho tiempo, no podría ser nociva desde este punto de vista, y además, si no se quitan de la vagina los productos mocopurulentos que permanecen en ella, ¿se combatirá acaso mejor la contaminación? Consideramos más racional que, después de abundantes lavados, se aplique sobre el cuello y su orificio una torunda de algodón ó de gasa y se aislen las superficies vaginales por medio de gasa esterilizada, y aun en los casos de una simple leucorrea algo abundante, será siempre prudente proteger la vulva y las partes inferiores de la vagina con algodón esterilizado, ya que, como indica Pozzi, las pérdidas blancas podrían servir de vehículo á los gérmenes patógenos.

MENSTRUACIÓN.— La higiene de la menstruación y la exposición de los inconvenientes que resultan de la falta de cuidados y de precauciones exigiría un extenso capítulo. Limitémonos, pues, á señalar aquí la influencia que tienen sobre la evolución de la metritis las perturbaciones menstruales y diversos trastornos de la economía que sobrevienen durante las épocas de las reglas.

Cada mes la matriz se congestiona, y si bien no ofrece peligro alguno cuando el útero está sano y el brote catamenial evoluciona de un modo regular, esta fluxión periódica viene á ser la causa de accidentes más ó

menos graves en algunos casos en que existe un estado anormal, ya en lo que concierne al aparato genital, ya por lo que se refiere á la aparición de las reglas.

Las recrudescencias de la metritis en los períodos menstruales, la agravación de los síntomas ó una recaída de la enfermedad en vías de curación después de una regla, son acusadas con demasiada frecuencia para que esta influencia sea dudosa. ¿Por qué, además, extrañarnos de ello? Que una infección nueva ataque un órgano enfermo con motivo de un brote congestivo que cambia la textura del mismo y disminuye su resistencia; que la fluxión, por las modificaciones que aporta, dificulte la marcha hacia la mejoría de los fenómenos, no tiene á la verdad nada de sorprendente. Mucho más, como casi siempre ocurre, si en el momento de presentarse este brote congestivo la mujer no se rodea de ningún cuidado, si multiplica las imprudencias ó las transgresiones del régimen, la consideramos muy afortunada si con todo escapa á serias complicaciones. Aunque se verifique sin grande aparato, la invasión insidiosa de los accidentes no es por ello menos temible; cada mes, ignorándolo la paciente, tiene lugar una pequeña modificación, y luego, al mejor día, el mal ataca con fuerza.

Otras veces todo el aparato genital se había conservado íntegro, pero las modificaciones ocurridas á consecuencia de trastornos menstruales provocan de golpe una metritis; es, por ejemplo, lo que observamos en esos casos de *amenorrea accidental*, ya apuntados anteriormente, y que se manifiestan sobre todo en caso de *frío*. Las reglas, en el momento en que iban á brotar, ó durante las mismas, se suprimen bruscamente; origínase de ello una viva congestión uterina, susceptible de favorecer el desarrollo de una infección y de resultar de este modo el punto de partida de una metritis. Hemos visto muchos ejemplos de esto, y por otra parte, bastante nos hemos esforzado en esclarecer este punto de patología y de terapéutica en el capítulo de la amenorrea para que consideremos inútil tratarlo aquí de nuevo.

La impresión de frío, capaz de producir también graves efectos cuando, brusca y violenta, suspende las reglas, es también perjudicial cuando, experimentado menos vivamente, sin llegar á cortar el flujo menstrual, trastorna, y casi siempre en tal caso exagera la fluxión genital. Por esto los higienistas prescriben á la mujer, que mientras duren sus reglas, se vista con *trajes de abrigo;* los que no quieren omitir ningún detalle prohiben el escote en dicha época, tomar bebidas heladas, etc., añadiendo que el *corsé* ó los *vestidos muy ajustados* contribuyen á aumentar la congestión de la matriz. Sus consejos no son menos apremiantes cuando

recomiendan el *reposo;* y en efecto, sin llegar al agotamiento, las fatigas de toda clase, la permanencia muy prolongada en pie, los ejercicios físicos mal comprendidos á que muchas personas se dedican sin moderación, producen los peores efectos sobre el aparato sexual si no se interrumpen al sobrevenir las reglas.

Vea el lector lo que hemos expuesto respecto de este particular al tratar de la pubertad.

La comprobación de una *alteración de los anexos*, provocando una hiperemia continua de la mucosa uterina, nos obliga á ser aún más severos.

Durante sus reglas, la mujer debe observar relativo reposo, y si sufre ya una enfermedad uterina, permanecerá en reposo absoluto tendida en una otomana ó acostada en la cama, cuando menos el primer día del flujo, y, en general, todo el tiempo que experimente dolores catameniales. Sólo de este modo se consigue que la fluxión menstrual no agrave su estado, y hasta la salida natural de la sangre podrá, en algunos casos, determinar una pequeña mejoría.

TUBERCULOSIS. — SÍFILIS. — BLENORRAGIA. — La *tuberculosis* y la *sífilis*, como enfermedades generales que disminuyen la resistencia del organismo, favorecen el desarrollo de la metritis; pero, aparte de esto, existen lesiones uterinas de naturaleza tuberculosa y sifilítica que requieren un tratamiento especial.

No volveremos á insistir sobre la *blenorragia uterina* y su tratamiento. Si de ella hablamos aquí, es desde el punto de vista *profiláctico*. Muchos jóvenes, como hemos dicho, habiendo padecido en otro tiempo una uretritis gonocócica, se consideran completamente curados, y sin embargo tienen una lesión muy pequeña, pero capaz de originar las más desastrosas consecuencias en el matrimonio, puesto que pueden comunicar á su mujer una blenorragia primitivamente crónica, manifestándose desde luego por una metritis del cuello; si el pus de su flujo uretral no es ya virulento en sentido blenorrágico, no deja por ello de ser menos susceptible de provocar una infección uterina de otra naturaleza, y, por tanto, de originar una metritis. Cuando dichos jóvenes acuden á nuestra consulta por un flujo blenorrágico, se les pueden hacer ver las molestias á que se exponen si, después de la uretritis, conservan una gota matinal, aun insignificante, que desdeñan cuidar, y sobre todo, hacerles comprender que no les está permitido el matrimonio en tanto no tengan la certeza de estar completamente curados; pero esta certidumbre no se logra á veces sino después de un minucioso examen de la orina.

FIEBRES. — AFECCIONES ORGÁNICAS Y GENERALES. — INFLUENCIA DE DIVERSOS ESTADOS DE LA ECONOMÍA.—Todo estado patológico que aminora la resistencia del organismo, y especialmente la resistencia de la matriz, es susceptible de ocasionar una metritis, sobre todo si al mismo tiempo fluxiona la mucosa uterina.

De tal modo obran las fiebres eruptivas, sarampión, escarlatina, viruela, que provocan metrorragias funcionales, pero cuentan también en sus consecuencias lesiones metríticas.

De tal modo también es como obran las enfermedades del corazón, del hígado, del estómago, las afecciones generales, etc., la débil constitución, una nutrición insuficiente, una lactancia demasiado prolongada, la falta de ejercicio y de aire (Gaillard Thomas).

La influencia de estas diversas causas es más nefasta si la matriz lleva una alteración preexistente, que restringirá sus medios de defensa contra los organismos patógenos que la acechan.

Las diversas afecciones orgánicas y generales que repercuten sobre la matriz y acarrean trastornos genitales, hacen de la paciente una **falsa uterina**, mientras el útero se conserve sano y los trastornos sigan siendo *funcionales*. Por la persistencia de su intervención causal, la matriz, cuya resistencia se debilita, sufre á la larga la invasión parasitaria, y la falsa uterina pasa á ser una **uterina verdadera**.

No insistiremos en modo alguno respecto de la higiene y la terapéutica de estos estados que hemos estudiado ya.

III

Tratamiento de la metritis aguda

La *metritis aguda* no es una afección frecuente, y observaremos muchas *metritis crónicas* que, lejos de comenzar por vivas manifestaciones inflamatorias, se establecieron, por el contrario, insidiosamente con marcha solapada y lenta desde el principio. Con todo, la metritis aguda existe, por más que se diga, y no podría borrarse del cuadro nosográfico. Hemos hablado ya de una variedad, la *metritis blenorrágica*, pero aquí hemos de considerar sólo el tratamiento de un modo más completo y sobre todo más general.

No nos detendremos en considerar de una manera especial la *metritis parenquimatosa aguda*. Es muy raro que se presente aislada; se observa bien la infiltración purulenta del músculo uterino sin ninguna

otra lesión en el curso de la puerperalidad; pero, aparte de estos casos, por fortuna poco frecuentes, la inflamación del parénquima sigue ordinariamente á la de la mucosa y su evolución le queda subordinada durante largo tiempo; con todo, llega un momento en que tendiendo las lesiones á pasar al estado crónico, las alteraciones del músculo uterino se establecen de un modo más autónomo y escapan progresivamente á la influencia de la mucosa. El tratamiento de la metritis aguda, en general, no entraña una división con indicaciones absolutamente especiales para la metritis parenquimatosa.

1.° PERÍODO INICIAL.—Las fases ó períodos iniciales, marcados á veces por fenómenos de extrema agudez, originan en casi todos los casos dolores, un cierto estado del bajo vientre con reacciones abdominales que nos hacen temer que la inflamación alcance y se extienda á los órganos periuterinos. En ningún otro caso, y se comprende, la enferma queda más expuesta á complicaciones inminentes por parte de los anexos ó del peritoneo. Así, nuestros cuidados deben instituirse contra todas esas las eventualidades, y la primera prescripción habrá de ser el *reposo absoluto*, prescripción en la que nunca se insiste bastante.

Por lo que á nosotros se refiere, una vez sentado el diagnóstico, evitaremos toda exploración que no sea en absoluto indispensable. El tacto vaginal, combinado ó no con la palpación abdominal, despierta sufrimientos, imprime movimientos á los órganos y, por tanto, resulta hasta casi perjudicial; en cuanto al empleo del espéculo, no enseña nada, no proporciona ningún dato y expone á riesgos sobrado inútiles. Cuando consideremos necesario un examen, una vez tomadas las precauciones de antisepsia, procederemos lentamente y con suavidad.

La enferma, acostada en decúbito dorsal, permanecerá en la más completa inmovilidad que pueda observar, y no se levantará con ningún pretexto. Se le colocará en el bajo vientre una *cataplasma laudanizada* ancha y algo gruesa; la cataplasma lo consideramos un buen medio sedante del dolor y del elemento fluxionario, pero no somos sistemáticos en oponernos al empleo del *hielo* aplicado permanentemente sobre el abdomen, que es preconizado por muchos médicos. Sólo que, como preferimos, siempre que es posible, dar baños generales tibios ó calientes á las mujeres afectas de metritis aguda, no consideramos racional alternar de tal suerte, sin discontinuidad, las aplicaciones heladas y las calientes.

Tres veces al día aproximadamente, se practicarán abundantes *irrigaciones vaginales de agua hervida tan caliente como se pueda soportar*, á muy moderada presión, y para recibirlas la paciente no tendrá que

molestarse apenas, pues la posición horizontal que se le ordena facilita mucho el efecto de estas irrigaciones. Las antiguas *inyecciones emolientes* ó *narcóticas*, comprendiendo los *cocimientos de hierba mora*, de *belladona*, de *beleño*, de *malravisco*, de *cabezas de adormidera* ó de *láudano* no deben desdeñarse; pero antes de emplearlas, conviene tener la seguridad de que se han hecho asépticas. Por otra parte, una simple inyección apenas si tiene eficacia, y no siempre resulta cómodo preparar una cantidad de cocimiento suficiente para repetidas irrigaciones de varios litros. Si se trata de combatir estos dos inconvenientes: dificultad de la asepsia y cantidad insuficiente, se obtendrán buenos resultados con los cocimientos emolientes, narcóticos ú opiados. Finalmente, se darán á la enferma *baños generales calientes* de media hora ó más.

En este período las *emisiones sanguíneas* proporcionan muy buenos resultados; pero la imposibilidad y el peligro de emplear el espéculo, apenas permite la intervención directa sobre el cuello. Además, nos vemos reducidos á prescribir las aplicaciones de *sanguijuelas* en el hipogastrio. Mas nos guardaremos mucho de olvidar este medio terapéutico; parece que 8, 10 ó 12 sanguijuelas en los tegumentos abdominales separados de la matriz por el grosor de la pared abdominal, por la vejiga, etc., tienen escasa influencia sobre la flegmasía uterina. Esto es un error; sorprende mucho ver que esta pequeña sangría local va seguida de una disminución de los dolores, de un descenso de la fiebre y de un marcado alivio. Nosotros consideramos á las emisiones sanguíneas, hasta las practicadas en el hipogastrio, como un recurso de mucha utilidad en los casos de flegmasías uterinas y periuterinas.

Raras veces prescribimos *extensos vejigatorios*, y mejor que recurrir á los pequeños curados con medio ó un centigramo de clorhidrato de morfina, cuando los dolores son intensos, preferimos administrar *antipirina* en obleas, los *opiados* en poción, la *morfina* en inyecciones subcutáneas y sobre todo por la vía rectal *enemas laudanizados;* el *cloral*, y mejor el *sulfonal* de $0^{gr},50$ á 1 gramo y más (hágase tomar una pequeña taza de infusión caliente después de tomar el sulfonal), procuran un sueño que aleja no sólo los dolores sino también el reposo prolongado en cama.

La cuestión de mantener en la mayor inmovilidad los órganos abdominales no ha de ser motivo para que olvidemos que la estreñimiento es perjudicial en el curso de la metritis aguda, y si no se obtiene algún resultado con los enemas *oleosos* ó *glicerinados* aconsejamos cada dos días unos 30 gramos de *aceite de ricino* ó un vaso de una *limonada purgante*.

La *alimentación* será ligera; en los primeros días, estará constituída

por caldo, potajes, leche, lacticinios y huevos (el curso que sigue la temperatura nos guiará para aumentar dicha alimentación), así como las limonadas frescas, agua vinosa y algunos grogs ligeros tomados con cierta abundancia.

2.° PERÍODO DE ESTADO.—Al cabo de algunos días los fenómenos iniciales pierden su agudez, y llega un momento en que el estado de la matriz permite ya una intervención directa algo más activa. Mas, en este período, menos que al principio, la intervención no consistirá en el *raspado* de la cavidad uterina. Esta operación expone entonces á grandes peligros, y lejos de suprimir de un modo definitivo un foco continuo de infección al quitar la mucosa alterada, puede muy bien favorecer la agravación del proceso. El parénquima uterino, participando en mayor ó menor grado de la metritis aguda, no ve modificarse sus lesiones propias por medio del raspado, y, por otra parte, con la más escrupulosa limpieza no puede tenerse la pretensión de expulsar todos los gérmenes patógenos. Así, pues, no es de extrañar que, después de una herida producida por un traumatismo operatorio, la infección tienda á invadir más profundamente y á propagarse por las vías linfáticas, alcanzando también las regiones periuterinas. Las complicaciones anexiales, en especial, aparecen á veces á consecuencia de una intervención en la cavidad de la matriz. Lo mismo que el *raspado* tampoco aconsejaremos las *embrocaciones* y *toques intrauterinos* con los distintos tópicos. No hace mucho tiempo todavía pudimos observar una enferma que tenía sensible el fondo de saco lateral izquierdo, hasta entonces indemne, y con amenazas de salpingitis, por una simple ligera cauterización intrauterina, en el curso de una metritis que parecía ya pasada al estado subagudo. Vale más abstenerse, sobre todo si ya se ha comprobado la existencia anterior de una flegmasía periuterina, en el caso, por ejemplo, de metritis aguda consecutiva á una salpingitis aguda, puesto que es muy posible esta relación etiológica. Poco importa que sea una relación de coincidencia ó de causa á efecto; la cuestión es que una alteración de los anexos exige la mayor reserva.

Sin llegar á la práctica del raspado y de las unciones intrauterinas, puede suceder, como ya hemos dicho, que en un momento dado estemos autorizados para obrar directamente sobre el cuello. Este momento ú ocasión nos lo indicará el estado de los órganos circunvecinos, la disminución del dolor, la desaparición del peligro de difusión del estado general de la enferma, etc.; no insistiremos acerca de este asunto.

Entonces, una vez creamos poder emplear el *espéculo*, gracias al

mismo podremos practicar las *emisiones sanguíneas en el mismo cuello*, ya por medio de las *sanguijuelas*, puesto que no las hemos desterrado de nuestra terapéutica, ó también con un *escarificador*. No describiremos estos instrumentos, puesto que los distintos modelos se encuentran descritos en todas partes. Bastará decir que la operación, por insignificante que parezca, exige las generales precauciones de limpieza quirúrgica, de asepsia y de antisepsia, pudiendo practicarse con mucha frecuencia.

El espéculo nos permite limpiar muy escrupulosamente de vez en cuando el cuello uterino por medio de irrigaciones calientes, que nosotros mismos practicaremos, y después se aplicará una *torundita de algodón* empapada en *glicerina*, cuya avidez para el agua determina una pérdida serosa que, por su acción repetida varias veces, contribuye á disminuir el estado fluxionario. Nosotros empleamos generalmente, para empapar nuestras torundas, la siguiente mezcla ya citada:

Acido láctico.	3 gramos
Glicerina.	100 —

H. s. a. mixtura.

La enferma continúa, por lo demás, guardando reposo, quizá menos riguroso, tomando las irrigaciones calientes, los baños, etc., como al principio.

3.° PERÍODO SUBAGUDO.—Como se comprende, es tan difícil fijar el momento preciso en que una metritis aguda pasa al estado subagudo como marcar exactamente el límite que separa la metritis subaguda de la metritis crónica. Esta indecisión trasciende también á la terapéutica, resultando el tratamiento del período subagudo muy variable, según las indicaciones sugeridas, si no cada día, á lo menos cada semana y cada mes. En un momento, consistirá en el tratamiento de la metritis aguda de la que es consecutiva, y en otro se confundirá con el de la metritis crónica.

En los estados intermedios, el médico procurará formular su diagnóstico, así como juzgar, según el estado de los órganos genitales, si todavía ha de guardar por algún tiempo la reserva necesaria ó si ya puede intervenir más directamente sobre la matriz. *Dilatación lenta, lavados intrauterinos, aplicación de tópicos*, procedimientos que expondremos estudiando su importancia ó valor más adelante, han sido sucesivamente preconizados. No es solamente por el procedimiento que es difícil ó delicado decidirse, sino también principalmente por el momento en que deja de ser peligroso y, por lo tanto, que puede dar resultado.

La *balneoterapia* constituye entonces un gran recurso, y es el período en que generalmente empleamos un irrigador para irrigaciones vaginales continuas.

Metritis puerperal

Las complicaciones que se presentan por parte del aparato sexual inmediatamente después de los partos, corresponden más bien que á nuestro estudio á los tratados de obstetricia.

Séanos, sin embargo, permitido decir algunas palabras sobre la *metritis séptica de origen puerperal*, ya que la encontramos muchas veces al comienzo de los accidentes uterinos que amenazan á la mujer durante toda su vida genital.

Los *lavados intrauterinos* con soluciones antisépticas débiles son actualmente practicados por la mayoría de los comadrones, después de una maniobra cualquiera en el interior de la matriz. Después del alumbramiento, á la primera aparición de la fiebre, y bien sentado que la elevación térmica es debida á una amenaza de infección uterina, la indicación nos parece todavía más seria; conviene lavar la cavidad del órgano uterino y esforzarnos en librarla de gérmenes sépticos.

Pero el acuerdo ó parecer unánime de los autores deja de subsistir cuando es ya más radical la intervención. El *raspado*, preconizado por unos autores (Pinard) para quitar todos los elementos infecciosos, es rechazado por otros á causa de los accidentes que puede consecutivamente ocasionar, ó bien porque resulta inútil cuando la infección deja de ser localizada y se extiende por toda la economía.

Ya hemos insistido anteriormente bastante acerca los peligros de nuevas inoculaciones y de su extensión á todos los órganos genitales á que expone el raspado practicado durante la metritis aguda. La extremada gravedad de algunas metritis puerperales que ponen la vida en peligro, autoriza seguramente á los partidarios del raspado á practicarlo aun exponiéndose á complicaciones anexiales, mientras que no sucede lo propio en otras metritis de etiología menos alarmante. Dicho raspado, unas veces ha dado buenos resultados y otras ha fracasado, siendo bien difícil en estos casos fijar la parte que corresponde á la operación en sí.

En todo caso, siempre que se decida practicar dicha operación no conviene esperar que la infección haya tenido tiempo de generalizarse, y se limpiará el útero con la cucharilla del tercero al quinto día (Labadie-Lagrave).

La misma discusión se ha suscitado acerca la conducta que hay que

observar cuando hay *retención de un fragmento placentario ó de membranas;* pero no nos parece dar lugar á consideraciones que nos induzcan á dudar por mucho tiempo. Por nuestra parte, en la maternidad del hospital Beaujon hemos podido tratar mujeres que habían ingresado después de un parto ó de un aborto y en las que se había comprobado la presencia de restos en la matriz. El raspado nos ha dado los mejores resultados, y creemos que, practicado con la debida precaución y cuidado, constituye en estos casos un excelente medio para limpiar la cavidad del útero. Por lo demás, es ya unánime el parecer, y todos los autores están conformes en emplear la cucharilla para quitar los restos placentarios.

IV

Tratamiento de la metritis crónica

Consideraciones generales. — Indicaciones del tratamiento

Sería un trabajo verdaderamente laborioso, en el que sería muy difícil poder guiar al lector con método, el emprender la exposición de todos los medios terapéuticos preconizados para la curación de la *metritis crónica*. El valor ó eficacia de estos distintos procedimientos muchas veces no ha sido unánimemente reconocido, y el mejor casi siempre está expuesto á sufrir algunas críticas. No puede ser de otro modo, puesto que las mismas lesiones y los síntomas á que se dirigen de un modo más especial y se proponen combatir, tienen importancia muy distinta según los médicos que los observan.

Entre todos estos tratamientos hay unos que el tiempo ha cuidado de acreditar, otros son todavía discutidos y algunos son considerados como peligrosos; de algunos años á esta parte la tendencia es volver al empleo de los medios más sencillos.

Es que los resultados de muchas intervenciones muy enérgicas no han sido siempre favorables, y en algunos casos gracias que hayan sido simplemente inútiles.

Una serie de fracasos ha sido la causa de que algunos ginecólogos de los más autorizados sean verdaderamente pesimistas. «El tratamiento de la metritis, dice Jacobs (1), es una tarea de las más ingratas y no titubeo en manifestar que es una afección incurable. Disponemos, es verdad, de

(1) Jacobs.— Boletín de la Sociedad belga de Ginecología y de Obstetricia, en la *Semaine gynécologique*, 1899.

medios que la alivian, pero no la curan.» — «Es necesario saberse contentar, escribe Gallard, con un estado en que ciertas lesiones anatómicas todavía persisten, librando á la enferma de los principales fenómenos morbosos y de los trastornos funcionales que le eran más intolerables.»

En las causas, las alteraciones y los síntomas de la metritis crónica son tantos los elementos que entran en juego, y la enfermedad tan raras veces evoluciona de una manera aislada, sin que haya enfermado también algún órgano vecino ó lejano, que no nos ha de extrañar la resistencia que opone á los tratamientos mejor dirigidos. Mas no por eso es necesario caer en un exceso de desengaño, y considerar las consecuencias de la metritis crónica como incurables. Nosotros obtenemos, si no la curación, á lo menos tal mejoría en muchos casos, que no hay motivo ni razón para que dejemos de tratar á una mujer pudiéndola aliviar mucho.

Nada más difícil que desentrañar las *indicaciones del tratamiento.* No existe una sola metritis crónica, sino varias metritis crónicas, siendo bien pocas las que se parecen en un todo de un modo absoluto, y en cada caso varían, por decirlo así, algunas indicaciones.

Aquí sólo podemos entrar en consideraciones generales; y, por el contrario, en la clínica, la comprobación de un estado particular, del predominio de un síntoma, nos inducirá á introducir alguna modificación acerca de un punto especial de nuestra terapéutica.

Para el tratamiento, se tiende naturalmente á tomar indicación de las lesiones más visibles, de las que llaman desde el primer momento la atención, y á las que es difícil no conceder grande importancia. Así, y esto es inevitable, cuando comprobamos, valiéndonos del espéculo, una *úlcera* del cuello, dirigimos nuestros esfuerzos á lograr su cicatrización, y cuando ha desaparecido, no dejamos de pensar que la metritis debe estar muy mejorada. En esta apreciación hay algo de verdadero y algo de falso; desgraciadamente, más de falso en muchos casos que de verdadero. La úlcera del cuello no constituye en modo alguno la metritis crónica; muy al contrario, con sobrada frecuencia es sólo una consecuencia, un signo, y su curación no implica la curación de la metritis. Las lesiones de la mucosa persisten, como también las del parénquima; al cabo de un tiempo variable reaparece la úlcera, ó, si no se manifiesta, la enferma no deja por ello de experimentar las molestias, los sufrimientos que antes experimentaba y la afección sigue siempre su evolución.

Lo que decimos de las úlceras, lo repetiremos al tratar de las *erosiones,* de los *quistes*, las *foliculitis*, y con mayor razón de la *leucorrea,* de las *metrorragias*, etc. De todos modos, si en nuestra terapéutica no

cuidáramos de tales fenómenos, nos expondríamos á que nuestros cuidados fueran ineficaces por incompletos.

Las *lesiones de la mucosa* no constituyen de por sí la metritis crónica, pero su importancia es tal que no debemos descuidar ninguna manifestación (Pozzi), y por otra parte, su tratamiento no podría desintegrarse del conjunto terapéutico. Insistimos en ello porque algunos autores han multiplicado á su gusto las descripciones sintomáticas, y nos extraña que un observador como Gaillard Thomas dedique capítulos especiales á la *hiperplasia areolar*, á la *degeneración granulosa* y á la *degeneración quística*.

Las alteraciones de la mucosa no constituyen lo más esencial en la metritis, y debemos ocuparnos también por lo menos tanto del estado del *parénquima uterino*. Si en los casos más evidentes comprobamos que las lesiones del parénquima de la matriz se establecen desde luego primitivamente, á consecuencia, por ejemplo, de una suspensión de la involución, guardémonos de olvidar también que, de un modo casi inevitable, una metritis mucosa se complica á la larga con lesiones más profundas de la metritis parenquimatosa.

No nos incumbe entrar en detalles de *anatomía patológica;* nos limitaremos á recordar que las lesiones profundas, un estado congestivo, esclerosis, etc., originan notables cambios en las proporciones del órgano. Su *volumen aumenta*, resultando de ello una *dilatación de la cavidad;* á la larga, por el hecho de la evolución patológica, acontece á veces que á esta hipertrofia del principio vemos suceder una disminución. Paralelamente á estas modificaciones en la forma, comprobamos variaciones en la *consistencia* de los tejidos, que nos parecen más *blandos*, más *ingurgitados*, ó, al contrario, *indurados*, más *resistentes*.

Cuando Gallard encontraba el útero «blanduzco ó ingurgitado de sangre y de serosidades», prescribía el *cornezuelo de centeno* en papeles de 0gr,25 solo ó asociado al *carbonato de hierro*, al *polvo de colombo* y *de canela*, pero únicamente cuando diagnosticaba *falta de inflamación de la mucosa*. Gaillard Thomas procedía de igual modo en los casos de subinvolución. El estado de congestión del órgano, el examen del *cuello* con el espéculo, que nos lo presenta *rojo*, *congestionado*, *violáceo*, ó al contrario, *decolorado*, *anemiado*, *exangüe*, son también indicaciones del tratamiento, que completa el reconocimiento de un *ectropion* de la mucosa á nivel del orificio cervical ó de una *exulceración*.

Desde Emmet, muchos autores han atribuído al desgarro del cuello un gran papel en la patología de la metritis. Sería el punto de partida de todos los fenómenos nerviosos, de todos los reflejos, y por otra parte ori-

ginaría accidentes graves que se extenderían de la matriz á los anexos. Esta influencia tan considerable del desgarro del cuello dista mucho de ser aceptada sin reparo, y por nuestra parte no inclinaremos á ello toda nuestra terapéutica, si bien no olvidaremos tampoco su existencia.

En último lugar, la metritis está *localizada en el cuello* ó ha *alcanzado el cuerpo?* ¿Afecta *exclusivamente el cuerpo?* Son otros tantos datos muy útiles para instituir nuestra medicación. Nos cercioraremos también de la integridad de los *anexos*. ¿Se conservan sanos? Y si han enfermado, ¿su alteración es causa ó efecto de la metritis?

Además, como siempre, y más que nunca, examinaremos *los diversos órganos del abdomen*, reconoceremos el *estado general*, buscaremos todas las *causas lejanas* que pueden obrar sobre los trastornos uterinos, todas las afecciones que coexisten con la metritis y cuyos síntomas se entrelazan con sus manifestaciones. Este tratamiento del *estado general*, de las *afecciones orgánicas extrañas al útero*, de las *visceroptosis*, etc., ha sido detenidamente expuesto al tratar de las **falsas uterinas**; no lo repetimos, pues, aquí, y vea el lector esta parte de nuestro trabajo para todo lo concerniente á las *fajas ventrales*, los medios de combatir los *trastornos dispépticos*, la *constipación*, las *cardiopatías*, etc., todos los accidentes, en una palabra, que encontramos usualmente en la *etiología* ó las *consecuencias* de la metritis crónica.

TRATAMIENTO LOCAL DE LA METRITIS DEL CUELLO

Inyecciones vaginales

Para muchas mujeres, poco cuidadosas de por sí, algunas inyecciones vaginales poco frecuentes constituyen el único tratamiento de la metritis crónica. Tal como las practican, apenas si limpian la vagina y el cuello de la matriz; pero, aparte de esta limpieza de las primeras vías genitales, la acción terapéutica es casi siempre ilusoria.

Y, no obstante, la inyección, ó mejor la irrigación vaginal, es un procedimiento que de por sí produce excelentes efectos, y combinado con una intervención más activa, resulta un medio de los más seguros, á condición siempre de ser bien empleado.

Las *abundantes irrigaciones de agua tan caliente como la enferma pueda soportarla*, son en nuestra época aceptadas por modo unánime, y por nuestra parte hemos casi completamente abandonado, con algunas

restricciones no obstante, las inyecciones de agua fría, tan preconizadas por uno de nuestros maestros.

El agua á una temperatura elevada, 45 á 50°, adquiere propiedades bien evidenciadas hoy y en las que fuera ya inútil que insistiéramos. Es *hemostática*, *antiflogística* y *sedante*, *antiséptica* hasta cierto punto y hasta *anestésica* (Reclus). Estas cualidades responden á diversas indicaciones en el curso de muchas enfermedades uterinas y periuterinas y en particular en el curso de la inflamación crónica de la matriz. Al cabo de algún tiempo, cuando la duración de la corriente de agua caliente ha sido prolongada, su influencia se deja sentir en el aparato circulatorio y en el tejido muscular, determinando la contracción de los vasos y de las fibras del útero. Esta acción constrictiva descongestiona el órgano, y quizás contribuye también á vaciar el cuello, favoreciendo, en ligera proporción, la evacuación de los fondos de saco glandulares.

Empero, para conseguir este resultado, es necesario que el agua sea *muy caliente* y que la irrigación dure *bastante tiempo*, de lo contrario sus efectos resultan sólo esbozados ó distintos. En segundo lugar, para que la corriente acuosa logre fácilmente el contacto con los repliegues y los fondos de saco de las paredes vaginales y bañe toda la superficie del cuello, la enferma adoptará la posición horizontal, en vez de permanecer en cuclillas ó medio sentada como de costumbre. Si es necesario, se empleará un aparato de irrigaciones continuas.

¿Se deben incorporar *antisépticos* al líquido? Si la metritis crónica no va acompañada de vaginitis, usaremos *agua hervida* simple; cuando hay *leucorrea* abundante, que de por sí constituye una complicación muy enojosa, se puede recurrir á uno de los antisépticos ó de los astringentes antes enumerados para corregir las pérdidas blancas (véase pág. 294). Debemos añadir que los *alcalinos* han sido indicados por varios autores como disolventes del moco, y en algunos casos que habían sido rebeldes á otras medicaciones, nos han procurado buenos resultados.

Baños. — Hidroterapia

Todo lo que se refiere á los baños y á la hidroterapia se encuentra expuesto al final de esta sección, en un capítulo especial del doctor Robin consagrado al tratamiento hidrológico de las afecciones uterinas. Así, pues, nos limitaremos aquí á mencionar este sistema de tratamiento, cuya importancia es tan grande y que completa el efecto de las inyecciones con las que á veces se combina (semicupios de corriente continua, etc.).

A Gallard le hemos visto prescribir en su clínica *baños tibios* un poco antes de la aparición del flujo menstrual con el fin de calmar los sufrimientos que la menstruación despierta ó exagera en el curso de la metritis crónica. En los períodos intercalares ordenaba los *baños alcalinos* si existían fenómenos de fluxión y de irritación, y, por el contrario, los *baños sulfurosos* ó el *agua fría* (en inyecciones ó por corrientes continuas), cuando pretendía estimular un útero anemiado, pálido ó indurado. Entonces, con preferencia prescribía los semicupios fríos de corriente continua.

Emisiones sanguíneas

Si bien las emisiones sanguíneas no están indicadas de un modo tan general y serio como en la inflamación aguda de la matriz, procuraremos, sin embargo, no olvidarlas, puesto que nos darán muy buenos resultados siempre y cuando se empleen en casos bien precisados.

Ya hemos hablado de las indicaciones del tratamiento que nos sugiere un cuello uterino rojo, congestionado, violáceo, cuando el útero nos parece ingurgitado de sangre, estado que algunos autores se empeñan en combatir con el cornezuelo de centeno y la digital. A estos medicamentos añadiremos con ventaja las emisiones sanguíneas, sobre todo en un *acceso subagudo* de la enfermedad, pareciendo que un *elemento fluxionario* reciente viene á añadirse á las anteriores alteraciones. A consecuencia del frío, de una fatiga, de una de las múltiples causas ya indicadas, lo más frecuentemente después de un período menstrual que ha sido especialmente doloroso, la leucorrea se acentúa, coloreándose por momentos de sangre, el bajo vientre parece más macizo, pesado y sensible, exacerbándose el dolor de los riñones. Entonces es cuando á los sedantes y á los baños generales tibios añadiremos las emisiones sanguíneas y no temeremos el repetirlas, si los fenómenos no se alivian, algunos días antes del próximo período menstrual, con el fin de evitar ó disminuir á la enferma los sufrimientos de la *dismenorrea congestiva*. La metrorragia, dice Courty, no es una contraindicación para la aplicación de las sanguijuelas en el cuello uterino; al contrario, cede del mismo modo que el dolor y todos los demás síntomas inflamatorios... Conviene, si se quiere que la eficacia de la sangría local sea completa, en primer lugar que la cantidad de sangre extraída sea lo bastante considerable para que el órgano, en vez de ser fluxionado por la succión de las sanguijuelas, sea descongestionado por la hemorragia, siendo secundado este primer efecto por el de los derivativos y revulsivos intestinales y cutáneos.

Los motivos que nos impulsaban, en el curso de los accidentes inflamatorios subagudos, á practicarlas en el hipogastrio, no existen ahora é intervendremos directamente sobre el cuello. Aplicaremos de ocho á diez sanguijuelas, y si este procedimiento parece á la enferma demasiado largo, cansado é incómodo, podremos recurrir á las escarificaciones con un instrumento especial ó con un simple bisturí. Antes y después de la emisión sanguínea, siempre será prudente practicar un lavado de la región, y si se opta por las sanguijuelas, emplearemos solamente el agua hervida, por lo menos antes de aplicarlas, puesto que la permanencia de algunas gotas de líquido antiséptico basta á veces para impedir su fijación.

Tópicos

La medicación por medio de los *tópicos,* que durante mucho tiempo ha constituído la base del tratamiento de toda metritis crónica, ha sufrido actualmente tales embates, críticas y reproches, que las más arraigadas convicciones acaban verdaderamente con el tiempo por debilitarse.

Los tópicos, dicen sus detractores, de los que se ha abusado mucho, son inútiles cuando no peligrosos. Por poco que exista una complicación periuterina, anexial ó pelviperitonítica, la aplicación de un tópico en el conducto cervical ó en su orificio expone á la enferma á los peligros de una reacción inflamatoria por parte de las trompas y del peritoneo. Convenimos en que existe algo de verdad, y si comprobamos la existencia de una salpingitis ó de cualquier otra flegmasía concomitante, podemos establecer como regla general que la intervención más inofensiva puede en algunos casos ser causa de temibles consecuencias.

Mucho más, añaden los críticos, hasta en el caso de no existir la afección alrededor de la matriz, el empleo de los tópicos no deja de ser peligroso, puesto que, irritando la mucosa enferma, agravan la inflamación y exponen á esta mucosa á nuevos brotes de infección intrauterina; en efecto, nunca son capaces de destruir todos los gérmenes patógenos.

En último caso, cuando no son peligrosos son á lo menos ineficaces, y su inocuidad tiende á ser tan benigna que los hace completamente inútiles.

Algunos médicos hemos visto prescribir simplemente el reposo, irrigaciones de agua caliente, baños y taponamientos vaginales espaciados, y sin otra terapéutica, conseguir buenas modificaciones, aunque muy lentas.

Los reproches que se acumulan contra el tratamiento por los tópicos son verdaderamente injustos. Preguntamos, por el contrario, si se debe acusar á los tópicos ó sólo á la manera de ser empleados. Creemos que casi siempre lo defectuoso es el método. El tópico de por sí no podrá operar maravillas, claro está; pero forma parte de un conjunto de medios de curación y de procedimientos que completa, y su influencia resultará tanto más eficaz cuanto que se sumará á una terapéutica juiciosa. Su uso exige cuidados bastante minuciosos, paciencia y tenacidad, como también prudencia, si se sospecha una alteración de los anexos. Es tan importante el modo como se emplean los medicamentos tópicos, que después de haber recorrido toda la serie de los productos nuevos, vemos á los más competentes autores volver á los antiguos y sencillos remedios: la *tintura de yodo*, quizás el mejor de todos; la *glicerina creosotada*, etc.

La más simple precaución exige ante todo que *se limpie la región* sobre que se quiere actuar; observadas una vez por todas las reglas de la asepsia y de la antisepsia, se limpia el hocico de tenca y se quitan todos los productos de secreción existentes en la cavidad del cuello por medio de pequeños bastoncillos cubiertos de algodón hidrófilo y con lavados de agua caliente. Si se encuentra el orificio cervical muy estrecho ó contraído, es necesario en algunos casos dilatarlo. Ya haremos hincapié acerca de esto más adelante, en el párrafo dedicado á la *dilatación*.

Uno de los medios más comunes para obrar sobre el cuello consiste en aplicar una *torunda ó tapón de algodón hidrófilo empapado de glicerina*. La glicerina, cuerpo tan ávido de agua, provoca, por una especie de diálisis, la emisión de un flujo más ó menos abundante, y produce como una especie de pequeña sangría ó mejor de emisión seromucosa. Es un medio para desingurgitar el cuello que no conviene despreciar, pero que naturalmente se empleará en los casos en que se desee *descongestionar* el órgano y facilitar la evacuación de las glándulas. En cualquier otro caso y circunstancia, siempre resulta de menor utilidad, como, por ejemplo, cuando se emplea para reblandecer el cuello y favorecer la dilatación del orificio externo, y se le ha reprochado de «permanecer empapado de secreciones sépticas ante el orificio cervical bañado de este modo en un medio infectado.» Esta crítica ó defecto de dicho medio sería bien fundamentada siempre que se dejara aplicado el tapón glicerinado durante largo tiempo; pero generalmente acostumbramos aplicarlo por la tarde y recomendar á la enferma que se lo quite al día siguiente por la mañana, después de salir del baño y de haberse dado una abundante irrigación. Tanto para evitar los temores ó peligros de

infección como para modificar la mucosa, se incorporan á la glicerina diversas substancias: *yodoformo*, *resorcina*, *ictiol*.

1.° Yodoformo.	3 gr. y más
Glicerina.	30 gramos

H. s. a. mixtura.

2.° Resorcina..	3 ó 4 gramos
Glicerina.	30 —

H. s. a. mixtura.

3.° Ictiol.	10 gramos
Glicerina.	250 —

H. s. a. mixtura.

Se emplea también la *glicerina á base de ictiol* al 1 por 20, 1 por 10, pero conviene vigilar la descamación que con facilidad produce este medicamento, y en general conviene comprobar que el medicamento empleado no resulte demasiado irritante para la región. Sabido es lo muy á menudo que empleamos la siguiente mezcla:

Acido láctico..	3 gramos
Glicerina.	100 —

H. s. a. mixtura.

Según los casos, la intensidad de la enfermedad y el objeto que nos proponemos, el tapón ó torunda se aplica una vez por semana, cada tres días ó cada dos. La enferma, en posición horizontal y con una cánula semiflexible ó semirígida, consigue introducir ella misma en la cavidad vaginal, hasta contactar con el cuello, una pelota de algodón, y cuando se prescribe para empapar de glicerina pura ó mezclada con una substancia que no sea peligrosa, puede confiársele el cuidado de ponerse el tapón glicerinado siempre que no sea posible disponer con tanta frecuencia del médico.

La antigua *tintura de yodo* constituye uno de los mejores tópicos de que podemos disponer.

Enérgico modificador de los tejidos, produciendo desde la simple exfoliación epitelial hasta la más potente revulsión y verdaderamente antiséptico, ha sido este producto demasiado olvidado en la terapéutica uterina, si bien actualmente vuelve de nuevo á emplearse (Jacobs). «Con un pequeño pincel, dice Gaillard Thomas, cada aplicación ha de repetirse una vez por semana. Este tratamiento puede parecer poco enérgico á los ojos de algunos prácticos que tienen la costumbre de emplear con frecuencia el

nitrato ácido de mercurio, el cauterio actual, la potasa cáustica, el ácido nítrico ú otros cáusticos enérgicos; mas suplicamos á nuestros lectores que prueben de ensayar nuestro método, que es muy inofensivo, y no tardarán en observar que puede reportar algún beneficio á los enfermos, evitando el peligro de poderles perjudicar.»

En el tratamiento de las *ulceraciones*, y ya nos ocuparemos de nuevo de este punto, de la *endometritis*, ó cuando simplemente el parénquima, aumentado de volumen, ingurgitado con cierta hiperemia, en estado de verdadera *metritis parenquimatosa*, indica la oportunidad de una revulsión, la aplicación de tintura de yodo pura, ó á veces con glicerina, produce buenos resultados.

Se emplea también con ventaja en la endometritis cervical la *glicerina creosotada* al 1 por 10, 1 por 5, y los toques con *nitrato de plata* producen también muy buenos servicios cuando se emplea el lápiz ó mejor una solución al 1 por 4 ó 1 por 5.

Otras substancias antisépticas han sido también preconizadas, como el *yodoformo, salol, airol, aristol*, en polvo ó en una gasa (gasa yodofórmica, etc.), en una pomada ó con glicerina. Después de un minucioso lavado practicado por el médico, la aplicación de polvos de *yodoformo* da muy buenos resultados en algunos casos de lesiones atónicas. Doleris, en los comienzos de la endometritis cervical, recomienda el *éter yodofórmico* en solución concentrada; el éter, irritando la mucosa, determina una contracción del cuello, el cual se vacía de este modo por sí mismo.

Desde algunos meses á esta parte venimos ensayando el *permanganato de potasa finamente pulverizado*, y los resultados que hemos obtenido son lo bastante favorables para inducirnos á continuar el empleo de esta clase de tratamiento. A. Goubarev (1) es quien lo ha indicado contra el *ectropión* del cuello del útero. Por medio de una sonda de Playfair envuelta en algodón hidrófilo espolvoreado con permanganato potásico, toca el ectropión é introduce la sonda en la parte inferior del conducto cervical; ha observado que disminuía la leucorrea, el ectropión retrocedía y el cuello volvía á adquirir su apariencia normal.

Nuestro modo de proceder es muy sencillo: ponemos una delgada capa de algodón hidrófilo en la extremidad roma de un estilete, se cubre con polvo fino de permanganato de potasa y después de haber previamente limpiado la región, se practican ligeros toques sobre las ulceraciones de la parte externa del orificio y hasta en el interior del conducto cervical; esta última maniobra determina á veces ligeros dolores que no duran mucho. Después aplicamos en el orificio y en el cuello una torunda de algodón

(1) A. Goubarev.—Resumido en la *Semaine Médicale*, Marzo, 1897.

seca, que la enferma se quitará á la mañana del día siguiente para tomar después inmediatamente una irrigación y un baño.

Pero no hemos limitado solamente este procedimiento terapéutico al ectropión, pues lo hemos ensayado también contra muchas *ulceraciones* y contra la *endometritis cervical* en general. Nunca han sobrevenido accidentes, y en efecto, hemos visto disminuir la leucorrea y establecerse gradualmente la mejoría de las partes afectas.

Creemos que así empleado el *permanganato de potasa* entra en la categoría de los agentes á que puede recurrirse con la esparanza de resultar eficaces.

Conocemos mejor, puesto que los hemos experimentado más, los toques con *ácido láctico*. En el capítulo de la vaginitis se ha indicado el papel de antiséptico natural de la vagina que se ha querido atribuir al ácido láctico, así como también las críticas y denegaciones que se han suscitado con motivo de este concepto; inútil sería, pues, insistir acerca de este punto teórico.

Nuestro modo de proceder es el siguiente: Generalmente empleamos el ácido láctico *diluído en su mitad de volumen de agua*, siendo raras las veces que lo empleamos *puro*. Después de haber limpiado la región de todas las secreciones acumuladas por medio de una delgada varilla envuelta de algodón empapado de la solución, tocamos el cuello y la cavidad cervical y aplicamos después en el orificio una pequeña torunda de algodón hidrófilo, que la enferma quitará al día siguiente, y como á exceso de precaución aconsejamos que la enferma guarde reposo durante el día de la cauterización.

Esta medicación tópica no va acompañada de dolores y la recomendamos por término medio cada ocho días. Los resultados más manifiestos y positivos nos ha parecido darlos en los casos de cuellos pálidos, descoloridos, en las antiguas metritis crónicas de curso tórpido, y varias veces hemos podido observar la disminución de las ulceraciones y hasta algunas desaparecer mientras se rebajaba la leucorrea.

Uno de nuestros colegas más distinguidos de la Sociedad de Terapéutica, Blondel, nos ha presentado varios casos muy interesantes; á su vez se pregunta si el ácido láctico es verdaderamente el antiséptico natural de la vagina, llegando á deducir que el objeto de todo tratamiento, más bien que el de preocuparse de la cualidad del antiséptico, ha de ser el de desalojar, por decirlo así, el agente infeccioso del fondo de saco en que habita. Para conseguir este resultado, descubre el cuello, coloca delante del orificio cervical una cánula fina de vidrio, y de este modo limpia ó deterge la cavidad cervical con una solución caliente de *bicarbonato de sosa*

(dos cucharadas de sopa por litro de agua), lo que barre ó limpia el moco y se lo lleva consigo. Al retirar la cánula, comprime varias veces el cuello entre las valvas del espéculo y de este modo favorece la evacuación de los fondos de saco glandulares. Repite el lavado alcalino y la expresión del cuello dos y tres veces consecutivas, hasta que el líquido salga absolutamente claro.

Esta especie de masaje le ha proporcionado los mejores resultados, si bien que él emplea, no una solución *ácida*, sino *alcalina*.

En efecto, este modo de intervenir, ha de ser excelente; el empleo de soluciones alcalinas calientes que disuelven el moco y vacían el cuello y las glándulas no puede menos que dar los mejores resultados. Lo que prueba una vez más que es de mucha menos importancia ó trascendencia la elección del tópico que el método y discernimiento de las indicaciones.

Mas, después de la expresión del cuello, Blondel se ve obligado á colocar en la cavidad cervical un antiséptico pulverulento: *yodoformo*, *airol* ó *eurofeno*.

Nada dificulta el que pueda reemplazarse el lavado alcalino por uno de agua hervida, y una vez por semana, prescindiendo sólo entonces de la compresión si es que se teme despertar el dolor, y se practicarán unos toques con *ácido láctico* ó con cualquiera otro de los tópicos que se recomiendan.

TRATAMIENTO LOCAL DE LA METRITIS DEL CUERPO

Los medios terapéuticos indicados hasta aquí tienen por punto de mira principal la *metritis cervical*, y resultarían insuficientes para combatir la *metritis del cuerpo*, que reclama una medicación distinta, tanto si está complicada de endometritis cervical, como si existe sola, lo que es mucho más raro. Se manifiesta frecuentemente bajo la forma de *metritis hemorrágica* y tendremos ocasión de ocuparnos de ella más adelante con esta denominación.

Para obrar sobre la mucosa que tapiza la cavidad del cuerpo, no es siempre necesaria, como se comprende, la dilatación previa del conducto uterino (véase más adelante: Dilatación); pero, cuando existe, facilita grandemente la intervención.

Embrocaciones intrauterinas

Uno de los agentes preferibles para modificar la mucosa del cuerpo, es también, como Jacobs indicaba hace poco, la *tintura de yodo* pura ó

adicionada de glicerina; ó bien la *glicerina creosotada* al 1 por 3 ó al 1 por 5, que se aplica sobre las paredes por medio de una varilla guarnecida en su extremidad de algodón ó gasa. Algunos autores practican, además de la embrocación, una inyección intrauterina con soluciones antisépticas débiles.

Vincent, que considera la embrocación como suficiente, sin el escobillonamiento previo, que es susceptible de traumatizar siempre más ó menos las partes, emplea la solución siguiente:

Tintura de yodo.	150 gramos
Glicerina.	150 —
Yoduro de potasio.	30 —
Yodo	6 —

H. s. a. Solución.

Para esto, fija el cuello por medio de una pinza é introduce una varita de ballena recta que termina en una vuelta de tornillo guarnecida de una delgada capa de algodón impregnada del líquido (Patel). Si el cuello no está dilatado, lo coge con más fuerza con su pinza, aguardando, para penetrar en el cuerpo, á que la resistencia del orificio interno ceda espontáneamente sin forzarla y después imprime á la varita un ligero movimiento de vaivén. Hace, pues, en definitiva, lo mismo que cuando se emplea el histerómetro, tomando todas las precauciones necesarias para evitar una perforación. La operación se repite cada dos ó tres días.

Este procedimiento recuerda las *cauterizaciones intrauterinas* con *tópicos líquidos* que Gaillard Thomas practicaba valiéndose de un espéculo intrauterino y que hoy día podría hacerse después de la dilatación. Las soluciones de *nitrato de plata* al 1 por 10, de *cloruro de cinc* al 2 por 30 y de *ácido crómico* al 2 por 30, recomendadas por Gaillard Thomas, están hoy en desuso, y Pozzi dice con razón que los cáusticos enérgicos, tales como el *cloruro de zinc*, el *ácido nítrico débil*, el *ácido fénico concentrado* exponen, por más precauciones que se tomen, á la estrechez del cuello. Labadie-Lagrave se contenta con el *nitrato de plata* á 0,^{gr}05 por 30, y el *cloruro de cinc* del 5 al 20 por 100. Estas cauterizaciones ya no están en boga, habiendo sido desechadas con justo motivo.

Inyecciones intrauterinas

Nos limitaremos á señalar aquí los lavados intrauterinos con soluciones antisépticas muy débiles, las que se practican por medio de una sonda hecha exprofeso. Para que una intervención de ese género logre curar una

metritis crónica del cuerpo, es necesario, como se comprende, que las alteraciones sean poco profundas. Estas irrigaciones, sin embargo, dan muy buenos resultados en ciertos casos en que se las asocia á otros procedimientos más activos.

Importantes son, también, desde otro punto de vista, las inyecciones de tópicos líquidos, que durante mucho tiempo se practicaban con la jeringa de inyecciones intrauterinas de chorros recurrentes del profesor Pajot ó con la jeringa de Leblond; hoy día se emplea la jeringa de Braun, que es de más fácil manejo. Gallard se servía con preferencia del *percloruro de hierro* (solución Pravaz de 30°), cuyos magníficos resultados hemos podido realmente comprobar en nuestra clínica. Empleaba también la *tintura de yodo* pura ó adicionada de glicerina recomendada por Pozzi, pero practicando antes el raspado; se aconsejan asimismo la *glicerina creosotada* al 1 por 3 y al 1 por 10, y la solución de *acetato de plata* al 1 por 5 y al 1 por 4.

Muy recientemente Pedro Delbert, que ha estudiado de nuevo esta cuestión, recomienda las inyecciones de *cloruro de cinc* que nunca le han provocado la estrechez ni ninguna otra clase de accidentes.

Comienza por punto general con una solución al 20 por 100 aumentándola progresivamente y variando el grado de concentración hasta llegar al 30 por 100. Utiliza para este efecto la jeringa de Braun ó la de Colin é inyecta 1, 2 y hasta 3 centímetros cúbicos, pero no más, cuando la cavidad uterina está muy aumentada Después de haber examinado el estado del conducto por medio del histerómetro y sin necesidad de dilatación previa, practica la inyección retirando progresivamente la jeringa, de manera que las últimas gotas caigan en el cuello. Mientras dura la inyección y después de ella se hará llegar á la vagina una corriente de agua boricada ó hervida á fin de evitar la irritación que en la mucosa vaginal produciría el cloruro de cinc; luego se tapona con gasa esterilizada.

Las inyecciones deberán renovarse con intervalos variables, al principio cada dos, tres ó cuatro días, espaciándolas más al fin hasta dejar que transcurran de doce á quince días; por término medio las inyecciones se hacen con cuatro á siete días de intervalo. Provocan dolores á veces de mucha intensidad, pero sus resultados terapéuticos «son excelentes en la *metritis hemorrágica,* no tanto en las *metritis mixtas* y regulares en las *metritis glandulares.*»

El tratamiento de las metritis por el cloruro de cinc tiene partidarios tan convencidos que llegan á considerarlo como una profilaxia del cáncer (Dührssen).

Prescindiendo de la cuestión referente á la estrechez, acerca de la que

tendremos que insistir, las inyecciones intrauterinas, sea cual fuere el cáustico, no hay que considerarlas exentas de todo peligro; y no sólo no se trata de una medicación completamente inofensiva, sino que autores como Landau llegan casi á proscribir la jeringa intrauterina. Se deploran también algunos casos de muerte, mientras que otras veces estallan súbitamente complicaciones anexiales ó peritoneales de alguna gravedad. Cierto que siempre puede atribuirse el accidente á un defecto ó falta de la técnica operatoria; pues no es menos evidente que la inyección intrauterina de tópicos activos ofrece mucho mayor peligro que una embrocación ó que la aplicación de una gasa antiséptica; tiene en cambio, hemos de reconocerlo, mucha mayor eficacia. Por todo ello no es de aconsejar sino tomando precauciones y con reserva.

Lápices

La aplicación de lápices medicamentosos en el conducto uterino, en donde se descomponen, es un procedimiento mucho más sencillo y cómodo, y también más seguro que las inyecciones intrauterinas; pero ciertamente nos equivocaríamos si creyésemos con ellas obtener efectos tan enérgicos y eficaces.

Hecha esta salvedad, su empleo está justificado en los casos de *endometritis ligera*, sobre todo si la enferma rehusara una intervención más activa.

En todas partes se hallan hoy esos lápices ya preparados á base de *tanino*, *yodoformo*, *ictiol*, *resorcina*, *salol*, etc. Daremos, no obstante, algunas fórmulas sacadas de obras de profesores autorizados:

1.°	Polvo de yodoformo	10 gramos
	Goma tragacanto	0 gr. 50
	Glicerina	c. s.
	Agua destilada	

Para 10 lápices (Terrier).

Puede substituirse el *yodoformo* por la *resorcina* ó el *salol*.

2.°	Sublimado	0 gr. 50
	Polvo de talco	25 gramos
	Goma tragacanto	1 gr. 50
	Agua	c. s.
	Glicerina	

Para 50 lápices (Terrier).

3.º Substancias medicamentosas *(yodoformo, sulfato de cinc, percloruro de hierro)*	aa..	2 gr. 50
Gelatina.		
Glicerina pura.		V gotas

Para 10 lápices (GALLARD).

Tanto si la dosis de substancia medicamentosa incorporada es fuerte como si es débil, la introducción de los lápices reclama las precauciones de asepsia y de antisepsia habituales en las más serias manipulaciones, tales como los lavados de la vagina, desinfección del cuello, etc. Después se mantendrá el lápiz colocado por medio de torundas á base de yodoformo ó de salol.

No insistiremos acerca del procedimiento de los *toques con el cloruro de cinc* (pasta de Canquoin), puesto que son muy pocos los partidarios con que cuenta este tratamiento. Las consecuencias remotas de esta cauterización tan enérgica y cuya intensidad se hace difícil poder apreciar, tales como la estrechez del conducto y de los orificios, la obliteración de las trompas y otros accidentes que reclaman graves operaciones quirúrgicas, son motivos más que suficientes para justificar el descrédito en que ha caído el procedimiento. El *cáustico de Filhos*, cuyo uso trató Richelot de generalizar, parece estar hoy también abandonado.

Hierro candente.—Ignipuntura

La cauterización por medio del *hierro candente* ha gozado por mucho tiempo de gran predicamento. Unos, como Jobert, querían el hierro al rojo blanco, mientras que Scanzoni se contentaba con el rojo sombra.

La cauterización se practicaba de una manera superficial si se trataba simplemente de estimular el útero atónico, y profunda cuando la matriz estaba blanda é ingurgitada. Hoy día el procedimiento del hierro candente está completamente en desuso en el tratamiento de la metritis crónica, cosa que no debemos lamentar, pues es lo cierto que apenas si puede explicarse el favor de que gozaba, ya que si bien podía ejercer una acción innegable y difícil de apreciar, por otra parte, sobre la superficie del cuello, en cambio el disco del termocauterio, por ejemplo, instrumento á que se acudía de preferencia, no tenía ninguna influencia sobre la endometritis. Y si se introducía el hierro candente, como hemos visto hacer algunas veces, en el orificio inferior del conducto é insinuándolo algo en el mismo, nos expondríamos á graves accidentes, tales como la estrechez, atresia, etc., sin obtener, por otra parte, resultados manifiestamente

superiores á los que se obtienen por los actuales procedimientos. Algunas *ulceraciones fungosas* tocadas con el disco del termocauterio experimentan ciertamente modificaciones favorables; pero, aparte la rareza de su indicación, disponemos de otros medios que presentan menos inconvenientes antes que recurrir al hierro candente. Además, la ulceración no constituye todo el proceso y muchas veces cura ó se mejora al mismo tiempo que la enfermedad principal.

No merece quizá un juicio tan severo la *ignipuntura* preconizada primeramente por Courty, y que consiste en hacer penetrar de 1 centímetro y medio á 2 centímetros, en el interior del cuello, una delgada varilla puesta al rojo blanco, con preferencia la punta fina del termocauterio. En los casos en que predomina la *metritis parenquimatosa crónica* ó en los que la matriz gruesa y pesada presenta pocos síntomas de endometritis, no deja de tener su eficacia este procedimiento, cuyos resultados pudimos apreciar en las clínicas de nuestros antiguos profesores.

De otra parte, cuando la endometritis es poco acentuada y predominan las lesiones parenquimatosas, hay que asegurarse, antes de instituir una terapéutica de ese género, de que los fenómenos que acusa la paciente dependen del útero enfermo, pesado, voluminoso y tumefacto, y que las sensaciones de dolor, pesadez y molestia pueden referirse á la matriz y no á una visceroptosis ó á cualquiera otra afección extragenital.

Sosteniendo el útero por medio de torundas ó con un pesario y practicando serias embrocaciones yodadas, se logra á veces algún alivio en las molestias que aquejan las enfermas.

De todos modos no podemos menos de considerar la ignipuntura como un procedimiento bastante delicado, del que debemos prescindir á la menor alteración que notemos en los anexos.

Dilatación

La dilatación del conducto uterino es una sencilla operación, que se hace á veces indispensable, y en muchos casos también es de gran utilidad para el tratamiento de la metritis crónica, y si se practica de conformidad con las reglas expuestas (1), no expone á la enferma á ningún peligro y permite obrar sobre todas las partes de la mucosa.

Vincent, como ya hemos dicho antes, practica la dilatación del conducto previamente á la embrocación intrauterina. No es menos cierto asimismo que, al facilitar esta sencilla é inofensiva maniobra, el acceso á

(1) Véase pág. 187.

todos los puntos de la cavidad uterina, hace más fáciles también y de consiguiente más eficaces los toques con el tópico, y después de las embrocaciones, los lavados intrauterinos, en los casos que se consideren necesarios, son de más cómoda ejecución.

Cuando la medicación consiste en simples irrigaciones intrauterinas, y se demuestre que el retorno del líquido se verifica sin encontrar ningún obstáculo, ora á causa de la estrechez del cuello, ya por el diámetro de la cánula, se podrá prescindir de la dilatación siempre y cuando, sin embargo, se ve que el agua sale sin ninguna dificultad; con este objeto, además, se han inventado (Jayle) instrumentos especiales.

La dilatación está igualmente indicada cuando la estrechez del orificio dificulta la libre salida de productos segregados que se acumulan en la cavidad del cuello. Esta retención no sólo viene á agravar las consecuencias de alteraciones ya antiguas del cuello, sino que es bastante para favorecer la producción de infecciones ascendentes, capaces de dar origen á la metritis por un mecanismo análogo á lo que ocurre en ciertos órganos cuyas vías de excreción están obliteradas; así acontece, por ejemplo, en los conductos biliares á consecuencia de una oclusión del colédoco que produce á su vez una angiocolitis. Por medio de la dilatación se consigue que la matriz evacue los productos infecciosos, y además, dice Beurnier, contribuye también á la desingurgitación del útero por la compresión lenta de dentro á fuera que determina.

Considerada desde otro punto de vista, la dilatación del cuello ofrece también la ventaja de provocar la apertura de los quistes y de desingurgitar las glándulas, lo que hace á la región más apta para ser modificada por los tópicos. Para llegar á este resultado, Walton aconseja igualmente la divulsión del cuello y su aplastamiento por medio de fuertes pinzas.

Independientemente de las diversas hipótesis que acabamos de considerar, la dilatación se impone en algunas intervenciones de que nos toca hablar ahora, y en las que constituye su obligado precedente: el *drenaje* y el *raspado*.

Drenaje

Consiste el drenaje en introducir hasta el fondo de la cavidad uterina una gasa antiséptica, que de ordinario es gasa yodofórmica, de modo que su extremidad salga por el orificio del cuello.

Con el drenaje no solamente se procura la fácil salida de las secreciones de la matriz, como su nombre parece indicar, sino que, practicándolo bien, produce el aislamiento de las superficies, impidiendo en

cierto modo su reinfección recíproca; así, pues, constituye un buen procedimiento terapéutico que, practicado después de una embrocación, completa su acción y se combina perfectamente con el empleo de las irrigaciones intrauterinas. En el tratamiento de las endometritis de lesiones no muy avanzadas, es raro que no se obtengan satisfactorios resultados de la asociación de estos distintos procedimientos.

Una de las formas del drenaje que también se ha recomendado y acerca de la cual no podríamos emitir juicio, es el *taponamiento;* se obtiene apretando la gasa yodofórmica dentro de la cavidad uterina «del mismo modo que si se empastara una muela cariada», siguiendo la expresión consagrada por el uso, y esta cura se renueva diariamente ó cada dos días, tres ó cuatro veces seguidas.

Raspado

Pocas han sido las intervenciones que han estado tan en boga como el raspado uterino, para ser objeto después de otras tantas críticas. Se ha exigido del raspado mucho más de lo que podía dar de sí, y cuando se han evidenciado los fracasos, se ha extremado el descrédito hasta el punto de considerarse la operación siempre inútil, lo que constituye ciertamente, una exageración.

Cierto que en muchos casos sus efectos no son duraderos ni se obtiene una curación definitiva, pues transcurridos algunos meses, vemos de nuevo á las enfermas tan quejosas y angustiadas como antes, y además muy descorazonadas. El raspado evidentemente no puede modificar en lo más mínimo las alteraciones ya antiguas del parénquima, y tampoco quitar toda la mucosa y todas las glándulas hasta «en los puntos más recónditos» (Beurnier), y aunque se logre con él quitar las partes superficiales más enfermas, quedan necesariamente en el interior los fondos de saco glandulares que, si bien sirven para la formación de la nueva mucosa, contribuyen también á perpetuar la infección. En la endometritis cervical sobre todo, la cucharilla arranca la parte superficial de las glándulas, pero no raspa nunca sus partes profundas, en las que continúan viviendo los microbios que sostienen la inflamación. Pocas son las mujeres que se prestan á sufrir una nueva operación, y con todo, ni aun con un segundo raspado se puede confiar hacer completamente aséptica la cavidad uterina; las enfermas, de otra parte, se niegan á dejarse practicar operaciones sucesivas.

Así es que observamos mejoras momentáneas, á las que siguen presto fenómenos dolorosos, de pesadez, los cuales á veces no habían desapare-

cido del todo, para reaparecer luego los flujos, hasta terminar por una verdadera recidiva.

Cuando se practica el raspado á causa de una metritis purulenta, es de temer también la infección consecutiva de los linfáticos y su propagación á los anexos, eventualidad que debe inspirarnos serios cuidados.

Comprendemos por esto perfectamente que autores como Ozenne sostengan que el punto esencial y delicado del tratamiento «estriba en los cuidados consecutivos una vez practicado el raspado»: toques con tópicos antisépticos, lavados, taponamiento, etc.; pero desgraciadamente, á pesar de esas precauciones, los resultados obtenidos por médicos competentes han distado mucho varias veces de corresponder á lo que de ellos se esperaba (Jacobs).

No hay, pues, que considerar esta operación como el procedimiento infalible contra la metritis, aparte de que no existe verdaderamente un procedimiento infalible, sobre todo tratándose de una enfermedad que reviste formas tan diversas y de tenacidad tan desesperante.

No obstante, el raspado nos presta grandes servicios en ciertas clases ó categorías de metritis. Señalaremos en primer lugar las *metritis crónicas fungosas y hemorrágicas* cuyas pérdidas sanguinolentas cesan con la extirpación de las fungosidades de la mucosa por medio del raspado, y de un modo especial, la variedad conocida también por *endometritis poliposa*, en la que una leucorrea mocopurulenta ya antigua se transforma poco á poco en un flujo sanioso y después sanguinolento. Pocos son los medios, si es que en realidad los hay, que sean tan eficaces como el raspado para acabar con esas hemorragias tenaces, cuya repetición debilita á la mujer, la esclaviza en el lecho y se le convierte en un origen constante de preocupaciones y temores.

Hemos hecho observar también la importancia de esa intervención en las *retenciones placentarias*, en las *metrorragias* que sobrevienen largo tiempo después del *parto*, debido á la persistencia de algún *resto* ó *cotiledón* que se ha pegado á la mucosa.

Más adelante veremos que el raspado también es de utilidad en las *metritis* de las *mujeres de edad avanzada*.

Por el contrario, y no insistiremos más sobre este punto, el raspado está *contraindicado* en las *metritis agudas*, y en los casos de existir *flegmasía periuterina*, es de recomendar la mayor prudencia, si es que no ha de proscribirse en absoluto su empleo; al ocuparnos del tratamiento de las salpingitis ya diremos algo acerca la oportunidad de esta intervención.

Poco hemos de decir, tocante á aquellos procedimientos, de poco uso unos y de prácticas especiales otros, y que, por lo demás, no se aplican de un modo especial á la metritis del cuerpo.

Inyecciones intraparenquimatosas

Las inyecciones intersticiales practicadas por Auvard y Touvenaint en el cuello (algunas gotas de una mezcla en partes iguales de *creosota*, *glicerina* y *alcohol*) provocan la aparición de escaras, cuyas cicatrices contraen los tejidos. El procedimiento es parecido al de la ignipuntura; menos violento y por tanto menos activo, exponiendo quizá á los mismos accidentes.

Columnización

Desígnase con el nombre de columnización el taponamiento riguroso y completo de la vagina, que llena metódicamente los fondos de saco, distiende las partes, se amolda sobre el cuello formando debajo una columna, un cilindro de algodón apretado. «Sirve de sostén al útero y á los ovarios, dice Pozzi, impide la tracción sobre los ligamentos y provoca la reabsorción de los productos plásticos.»

Este sistema goza de gran predicamento en el extranjero, particularmente en los Estados Unidos. Al ocuparnos de las flegmasías periuterinas, tendremos ocasión de tratar otra vez de este sistema, pero ya podemos adelantar que además del apoyo que presta á los órganos genitales y de atenuar los síntomas dolorosos, la columnización, minuciosamente practicada, creemos que ejerce sobre la periferia del cuello una compresión que resulta favorable. Aplicando alrededor del cuello una serie de torundas empapadas de glicerina y completando la obstrucción de la vagina con algodón, se produce una acción descongestionante y se logra además la evacuación de las glándulas y del conducto cervical.

Richard d'Aulnay refiere un procedimiento en el que la *compresión metódica con algodón del hocico de tenca*, practicada inmediatamente después del tratamiento de la endometritis y de las aplicaciones locales de glicerina, desempeña un papel de grande importancia.

Por nuestra parte, recurrimos de buen grado á este sistema de compresión por las torundas de glicerina, pero no hacemos de él un tratamiento exclusivo; antes al contrario, lo empleamos mejor á manera de

coadyuvante, que combinamos con otros procedimientos terapéuticos en los casos en que queremos combatir la turgencia del cuello y la abundancia de las secreciones.

Electricidad.—Masaje

Finalmente, nos limitaremos á mencionar la *electricidad* y el *masaje*, cuyos efectos son indiscutibles; pero necesitan, para ponerse en práctica de un modo acertado y juicioso, conocimientos y una experiencia del todo especiales.

Terminada ya la enumeración, sin duda demasiado extensa, de estos medios de tratamiento, cabe preguntar: entre ellos ¿cuáles emplearemos de preferencia? He aquí brevemente resumido lo que en la mayoría de los casos aconsejamos á nuestras enfermas de metritis *del cuerpo*.

El reposo durante todo el tratamiento mientras lo permitan las condiciones en que vive la enferma que tratamos.

Un tratamiento dirigido contra el estado general, vigilar las funciones digestivas, etc.

Las irrigaciones vaginales.

La balneoterapia.

Los lavados intrauterinos.

La aplicación de un lápiz medicamentoso.

Si el caso es leve, el tratamiento consiste en estos dos últimos medios.

Ante un fracaso ó si el caso es más serio:

Dilatación.

Embrocaciones intrauterinas de tintura de yodo, solución yodoyodurada, etc.

Drenaje.

Raspado contra las hemorragias de la metritis fungosa.

Sostenimiento del útero si hay caída ó desviación.

Estos distintos medios en ningún modo excluyen los demás; si con ellos no se obtiene la curación de un modo completo, como muy frecuentemente sucede, sin embargo cabe esperar muchas veces una satisfactoria mejoría.

V

Indicaciones del tratamiento que derivan de algunas lesiones predominantes

Algunas lesiones predominantes en el curso de la metritis crónica pueden motivar indicaciones especiales.

Úlceras del cuello

Las úlceras del cuello parece que deberían curarse con la endometritis, de la cual no son más que una consecuencia. En efecto, esto es lo que comprobamos; pero también observamos úlceras que se resisten al tratamiento dirigido solamente contra la endometritis, puesto que las profundas alteraciones de las que son la expresión han adquirido un gran desarrollo.

Procuraremos modificarlas por medio de toques con la *tintura de yodo*, *cloruro de cinc* al 1 por 20 ó al 1 por 10, vigilando la *estenosis del cuello*.

Ya hemos hablado anteriormente del *permanganato de potasa pulverizado* y del *ácido láctico* en aplicaciones sobre el *ectropión* de la mucosa. El *eritrol* también proporciona aquí satisfactorios resultados.

Con un *escarificador* se procura abrir las glándulas, y como último recurso podemos vernos obligados á recurrir, contra las lesiones rebeldes, á una intervención quirúrgica, que ya citaremos á propósito de los cuellos escleroquísticos y de los desgarros.

Quistes del cuello

La indicación de vaciar los fondos de saco glandulares proliferados se impone sobre todo en esa forma de metritis crónica que se ha denominado cuello escleroquístico por el papel que desempeña la proliferación de las glándulas en la hipertrofia del órgano. Con este objeto se empleará un *bisturí* y un *escarificador* ó un instrumento especial como el *rastrillo* de Doléris. Recordamos que Wallton ha aconsejado la divulsión del cuello y su aplastamiento por medio de fuertes pinzas.

Desgarros

Ya hemos dicho anteriormente que la influencia del desgarro del cuello en la patogenia de los accidentes de la metritis crónica se había exagerado. Sin embargo, es necesario reconocer que cuando complica un estado de la matriz en que las ulceraciones más ó menos fungosas son rebeldes á todo tratamiento, al mismo tiempo que los fondos de saco glandulares hipertrofiados invaden los tejidos, el desgarro por su parte contribuye á oponerse á la curación y á sostener los fenómenos concomitantes.

Contra estas múltiples lesiones se practican distintas operaciones, cuyo fin es escindir la mucosa y avivar el cuello, de las cuales conviene citar en primera línea la *operación de Schröder* y la *operación de Emmet.*

Pólipos

La presencia de pequeños pólipos mucosos prominentes en la cavidad del cuello ó también hacia afuera y obliterando el orificio, hace necesaria á veces su ablación. Se quitan con un tijeretazo ó con la cucharilla ó bien torciendo su pedículo. No es necesario emplear el aplastador como se hacía antiguamente.

VI

Indicaciones del tratamiento derivadas de algunas variedades de metritis

Metritis hemorrágica

Contra la metritis hemorrágica, cuyas alteraciones de una mucosa frecuentemente recubierta de fungosidades sostienen un flujo sanguíneo, tenaz ó de incesantes repeticiones, el *raspado* es el remedio cuyos efectos son los más positivos y definitivos. Si en otros tiempos, y propiamente hablando, las modificaciones de la mucosa no merecían siempre el calificativo de fungosidades, por lo menos entre las distintas lesiones, la membrana continúa presentando una abundante proliferación de los vasos capilares neoformados, situados cerca de la superficie, los que sostienen las

metrorragias. El raspado quita todas estas lesiones superficiales y suprimiendo la causa acaba también el flujo sanguíneo.

Mas antes de estar indicada esta operación, nos vemos precisados muchas veces á combatir una pérdida, la cual, aunque no debe desatenderse, no hace pensar de momento en el raspado; en estos casos, ó bien se trata de una pérdida que sobreviene por vez primera ó que ha tardado mucho tiempo en reproducirse; otras veces, aunque sea de alguna duración, la abundancia de la pérdida no reviste proporciones alarmantes; finalmente, aparte de la intervención quirúrgica, es menester en varios casos, y por diferentes motivos, instituir una terapéutica apropiada.

Entonces es cuando debemos echar mano de las preparaciones de *ergotina*, *digital*, del *taponamiento* por medio de la *solución gelatinada*, y de los diversos medios que hemos procurado exponer de un modo completo en el artículo dedicado á las **metrorragias** y al que nos referimos en este lugar.

No es posible, sin embargo, la menor duda y vacilación cuando se sospeche que el flujo hemorrágico es debido á la existencia de cotilidones antiguos detenidos en la cavidad uterina después de algún parto; impónese entonces el raspado, el cual produce inmejorables resultados.

Entre los preparados que se recomiendan para combatir y detener las metrorragias de la metritis, se citan el *yoduro de potasio* (P. Bouquet), que administrado al interior parece producir buenos efectos. Creemos, sin embargo, que cabe muy bien preguntarse si las metritis tan felizmente modificadas por el yoduro de potasio no reconocen una etiología especial.

Metritis sifilítica

La *sífilis*, en efecto, aun la *sífilis hereditaria* (Mackenzie) se enumera entre las causas de la *endometritis hemorrágica*. Trépant refiere un caso muy curioso en el que fracasaron sucesivamente el reposo, el raspado, el drenaje, etc., hasta que supo que su enferma había contraído la sífilis nueve años atrás, y por medio del tratamiento antisifilítico puso término á los accidentes cuya evolución hasta entonces nada había podido detener.

En ciertos casos, pues, la posibilidad de una influencia sifilítica constituirá una indicación terapéutica.

Metritis tuberculosa

Mencionaremos tan sólo por vía de recuerdo la metritis tuberculosa.

Metritis de las vírgenes

Hemos dicho ya que las metritis de las vírgenes es uno de los accidentes de la *pubertad* (1) y hemos enumerado las diferentes circunstancias etiológicas capaces de provocarla, fijando la atención principalmente en la importancia patogénica de los *brotes fluxionarios* que acompañan al desenvolvimiento y á la transformación del aparato genital en ese período de la vida, haciéndole más asequible á las infecciones exteriores.

Nos concretaremos á recordar aquí los principales rasgos de los que derivan indicaciones terapéuticas del todo especiales.

A.—La metritis de las vírgenes sucede á una infección vulvovaginal ó reconoce por causa una de las ordinarias de la metritis en general, y su tratamiento no difiere tampoco del que se sigue en los casos comunes de esa enfermedad. Durante las fases agudas conviene insistir en los *emolientes*, *antiflogísticos* y en las *emisiones sanguíneas* para combatir las tendencias congestivas que se manifiestan de un modo muy marcado debido á la influencia de la pubertad.

B.—La metritis de las vírgenes se observa en jóvenes cuyo aparato genital se encuentra en estado de *hipoplasia sexual;* el cuello ha quedado reducido, incompletamente desarrollado, cónico y los orificios estrechos, y esta estenosis favorece la invasión de los organismos patógenos; otras veces se nota una *desviación, anteflexión* (Pozzi) ó *retroflexión* (Hertoghe). La terapéutica en estos casos se dirigirá primeramente á combatir esas anomalías.

Para tratar esos diversos estados, se ha recurrido á la *dilatación* en sus diferentes formas, al *raspado,* etc., procedimientos de que hemos estudiado las indicaciones en varios puntos de esta obra (véase pág. 156).

Metritis de la menopausia y metritis de las mujeres de edad avanzada después de la menopausia

En el período de la menopausia hallamos de nuevo la influencia de los *brotes fluxionarios*, que afectan á la matriz y disminuyen su resistencia ante las infecciones del exterior; por consiguiente, dan origen aquí también á una indicación de tratamiento de la mayor importancia y que hemos de tener bien presente.

Pero, independientemente de algunas particularidades anatomopato-

(1) Véanse págs. 156 y 157.

lógicas características de ciertas metritis de la menopausia que hemos señalado en su lugar oportuno, existe una forma, que se encuentra ya en ese período y más todavía en las mujeres de edad avanzada, cuyos síntomas recuerdan los del cáncer, con el cual se confunde muchas veces. Se caracteriza por un catarro fétido (Maurange) compuesto de pus sanguinolento, que sale en abundancia del cuello, cuya mucosa adquiere una vaga apariencia esfacélica. A los pocos momentos la leucorrea fétida cede su lugar á verdaderas metrorragias y derrames de sangre pura. Esta metritis, como se ve, reviste todos los caracteres de un cáncer. El único tratamiento á instituir, dice Maurange, es el *raspado*, que deberá practicarse con precaución á causa de lo extremadamente delgadas que á veces son las paredes uterinas.

VII

Indicaciones del tratamiento que derivan de algunos síntomas y complicaciones

Los accidentes por parte de la *vejiga* ó el *recto* que sobrevienen en los casos de metritis aguda ó crónica por compresión ó propagación, sólo merecen ser mencionados, y su terapéutica es de las más sencillas.

De las *desviaciones* y *flegmasías periuterinas* en sus relaciones con la metritis que las acompaña, nos ocuparemos al tratar de estas distintas afecciones.

La *neuralgia ilio-lumbar* (pág. 181), al *prurito vulvar* (pág. 272), la *leucorrea* (pág. 295) y las *metrorragias* han sido ya objeto de nuestro estudio.

Pocas palabras serán suficientes acerca de la *amenorrea* y de la *dismenorrea*.

Los brotes agudos que dan lugar á la *amenorrea* y á la *dismenorrea congestivas* se combatirán por las emisiones *sanguíneas* y con *aplicaciones emolientes* y *calientes*.

La molestia y los fenómenos dolorosos que sobrevienen con la erupción de la sangre menstrual, nos inducirán á buscar si existe un *pólipo mucoso* engastado en un orificio ó en el conducto á fin de quitar el obstáculo con la *pinza*, las *tijeras* ó la *cucharilla*.

La *estrechez* de los orificios, debida á cauterizaciones demasiado violentas ó que se establece con las modificaciones que la vejez determina

en la estructura del órgano, da lugar á retenciones de productos segregados, que es menester evacuar por medio de la dilatación.

Gallard combatía la *dismenorrea*, en el curso de la metritis crónica, con la *tintura de yodo* (VI á XII gotas en un julepe gomoso durante ocho ó diez días cada mes en la época de las reglas) para obrar sobre la induración del parénquima uterino.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE LAS DISLOCACIONES Y DE LAS DESVIACIONES DE LA MATRIZ

I

Consideraciones generales.—Indicaciones del tratamiento

Las dislocaciones y las desviaciones han suscitado, sobre todo en estos últimos años, la idea de operaciones encaminadas á normalizar la posición viciosa del órgano y mantenerle en la misma.

No entra en modo alguno en los límites de nuestro trabajo exponer y discutir los distintos procedimientos quirúrgicos. Debemos limitarnos á describir los medios no cruentos que empleamos para disminuir y, si posible es, hacer desaparecer los accidentes que determina una situación anormal del útero. Además, toda dislocación ó desviación reclama, cuando menos en un instante dado, el tratamiento médico, sea que los fenómenos observados no nos parezcan exigir una intervención quirúrgica, sea que no quiera la enferma recurrir desde luego á esta intervención antes de haber comprobado la ineficacia absoluta de una terapéutica menos radical.

Ante todo, el tratamiento ha de prevenir la posibilidad de una dislocación, ha de esforzarse en evitar y combatir todas las causas capaces de determinar un cambio en la posición regular del órgano ó de exagerarla cuando ha sobrevenido. Pocas hay que tengan la influencia de los puerperios. Durante el estado de *subinvolución*, el útero, aumentado de volumen y de peso, tiene un parénquima cuya resistencia está aminorada, mientras que los ligamentos que lo sostienen están relajados. Así, pues, recomendaremos el reposo en cama, en tanto subsista el menor temor;

luego, cuando se levante la enferma, deberá abstenerse de permanecer mucho tiempo de pie, y le aconsejaremos que atienda á una serie de precauciones, aplicables por otra parte á la mayoría de los casos de desviación ó de dislocación.

Lo más elemental consiste en luchar contra los efectos de toda causa susceptible de hacer presión sobre el útero y de separarlo mecánicamente de su situación ordinaria. El *peso de la masa intestinal* desempeña un gran papel en esta patogenia, sobre todo cuando la pared abdominal, el suelo de la pelvis y los ligamentos han perdido su tonicidad y su fuerza; es un punto en el que nos hemos extendido bastante al tratar de las **falsas uterinas** y de las **fajas ventrales**. Este peso de la masa intestinal es aumentado por los *vestidos demasiado pesados* ó mal apropiados á la forma del abdomen, que comprimen y empujan hacia abajo; el *corsé*, en particular muy ajustado, demasiado largo ó de mala confección, colocado de modo que impida la prominencia, poco elegante, pero natural, de un vientre que sobresale hacia adelante; el corsé, decimos, produce malos resultados. Se han preconizado diversos aparatos para sostener los vestidos é impedir que pesen demasiado; es necesario que una mujer se sienta muy enferma para que se resuelva á adoptarlos, y aun así los rehusa casi siempre. Lo mejor es advertirla los peligros á que se expone si no cambia su modo de vestirse, y ella se ingeniará para modificarlo, lo que no es en realidad difícil.

Por idénticas razones deben proscribirse en cuanto sea posible los *ejercicios violentos*, los *esfuerzos*, los *trabajos físicos*.

Aparte de estas influencias extrañas á la matriz y que repercuten sobre ella, acontece frecuentemente que al mismo tiempo que una desviación ó dislocación se observa otra afección del órgano. Cuando se trata de un *tumor*, pólipo, fibroma, etc., cuyo peso basta á determinar un cambio de situación, las indicaciones derivan de la existencia del neoplasma.

Casi siempre lo que se observa es una *metritis*, y sin renovar las antiguas é interminables discusiones respecto de este particular, podemos decir que se presentan con igual frecuencia dos casos.

a. — Una desviación predispone la matriz á las infecciones, á la metritis, en gran parte sin duda por los trastornos circulatorios que sostiene, y luego impide la curación.

b. — La metritis es la primera que aparece, y la alteración del parénquima origina una desviación.

Pero esto importa poco; cualquiera que sea el proceso patológico, la existencia de la metritis constituye de por sí un obstáculo que impedirá resulte eficaz toda terapéutica encaminada únicamente contra la desviación.

Por tanto, debemos comenzar tratando los fenómenos inflamatorios é infecciosos, antes de intentar un enderezamiento, por ejemplo; luego mantendremos la mejoría obtenida evitando la situación viciosa de la matriz. Es este algunas veces un punto de muy difícil apreciación, puesto que encontramos úteros que no se pueden librar de accidentes congestivos ó de endometritis sino á condición de sostenerlos.

Cuando los cambios de posición de la matriz son debidos á una *afección periuterina*, como una gran salpingitis ó un quiste, que por su peso arrastra en un movimiento de báscula ó de descenso todo el aparato genital, su importancia desaparece ante la de la enfermedad primera. No ocurre lo mismo cuando la desviación es retenida y fijada por *bridas*, restos de *flegmasía periuterina antigua*, *pelviperitonitis*, *perimetrosalpingitis*, etc. Simples bridas á veces tan sólo adquieren gravedad porque bastan á inutilizar todos los esfuerzos de enderezamiento.

Por el amasamiento y las tracciones lentas y metódicas procuraremos relajar esta tensión periférica y dar alguna movilidad al órgano; tenemos necesidad de que el útero sea *movible*, ó cuando menos *movilizable*.

Los aparatos á que recurrimos son las *fajas*, que sujetan la masa abdominal, y los *pesarios*, que sostienen el útero y lo mantienen en buena posición, mucho más por la distensión de los fondos de saco vaginales que por una presión directa sobre la parte dislocada.

Véase para lo referente á las *fajas*, el artículo de las *falsas uterinas*.

La *elección* del *pesario* depende de la variedad de la afección, pero su aplicación está sometida á algunas reglas generales: «Son necesarias habilidad, costumbre y práctica, dice Gaillard Thomas, no sólo para que resulten beneficiosos estos aparatos, sino también para emplearlos sin peligro. Un práctico inexperto no es más hábil para colocar un pesario de un modo seguro y eficaz, que un individuo no zapatero lo sería para construir un zapato que se adapte bien al pie.» Esto es natural, pero se adquiere en poco tiempo la habilidad necesaria, cuando menos para los casos usuales.

Ante todo, hay que cerciorarse del *estado del periné;* si se piensa emplear un pesario vaginal aislado, esto es, que no vaya unido á una faja ventral por un tallo que lo mantenga colocado, es indispensable que el periné haya conservado cierta resistencia; de lo contrario, el primer esfuerzo expulsará el instrumento de la vagina. Se observa luego si el útero está *doloroso*, si se encuentra en estado *congestivo* ó *inflamatorio*, si existe *flegmasía periuterina aguda*, puesto que ello sería

objeto de contraindicaciones. Y si con todo, el médico se considerara autorizado á prescindir de ello, á causa de la poca intensidad de los fenómenos, vigilará cuidadosamente á su enferma, y le quitará el pesario á la menor exacerbación de los síntomas; como tendremos ocasión de decir luego, la existencia de una flegmasía periuterina no es siempre una contraindicación absoluta.

Una vez colocado, la presencia del pesario en el fondo de la vagina exige ciertas precauciones de *limpieza:* abundantes irrigaciones vaginales, extracción bastante frecuente del instrumento, su limpieza con soluciones antisépticas apropiadas, etc.

Estas indicaciones generales encuentran su aplicación natural cuando las dislocaciones y las desviaciones se manifiestan por un cortejo de síntomas y de consecuencias determinadas: *accidentes de la menstruación, accidentes nerviosos, dolores, pérdidas, dificultad de andar, neuralgias, esterilidad,* etc., etc.

Pero cuando la mujer no acusa ningún sufrimiento, ningún fenómeno; cuando la posición anormal de la matriz no se manifiesta por trastorno alguno, lo que muy bien puede acontecer, ¿qué conducta seguir? Por una parte, la aplicación de un pesario parece inútil para luchar contra males que no existen; por otra, una complicación, no hay que olvidarlo, es siempre de temer por el solo hecho de una desviación que favorece la aparición de la metritis. Cabe titubear, y casi siempre nos limitamos á prevenir á la enferma para intervenir á la menor indicación.

II

Prolapso de la vagina y del útero

A.—Prolapso de la vagina

El *prolapso de la vagina simple, aislado,* no arrastrando consigo la *vejiga* ó el *recto,* es extremadamente raro en las multíparas, siendo sus causas ordinarias los partos repetidos, la debilidad del periné. Casi siempre se complica de *cistocele* y de *rectocele,* y algunas veces de *enterocele.*

Cuando se produce súbitamente, de golpe, es en general fácil de reducir; vacíanse la vejiga y el recto, y con algunas presiones metódicas se consigue hacer reingresar el órgano prolapsado, haciendo que la mujer se coloque, si fuese necesario, en la posición genupectoral.

Luego, la mujer permanece en *reposo* en la cama, con la pelvis elevada, y si se manifiesta *tenesmo rectal,* toma un cuarto de *enema laudanizado.* Al mismo tiempo se le prescriben *inyecciones astringentes,* conteniendo *tanino, agua blanca,* y se introducen torundas de algodón recubiertas de tanino (Savoye) para ensayar de tonificar las paredes vaginales.

Estos medios, utilizables en los casos recientes y ligeros, resultan insuficientes en los casos antiguos y muy acentuados.

De ordinario el prolapso sobreviene gradualmente, afectando una marcha *crónica* desde el principio, y para contenerlo, no puede prescindirse de algún aparato; la elección presenta indicaciones análogas á las de la caída del útero.

Antes de aplicar el instrumento que ha de quedar colocado, se deben curar las diferentes lesiones, edema, ulceraciones, etc., que presenta la mucosa vaginal salida de la vulva, á consecuencia de los frotes y sobre todo del contacto de la orina.

Algunos *lavados,* el *aislamiento* de las superficies con una gasa, el sostenimiento de la mucosa dentro del conducto genital por medio de torundas de algodón esterilizado y si es necesario la permanencia en cama, procuran una rápida curación de estos accidentes secundarios.

A veces también, en caso de rectocele, se hace necesario practicar una verdadera limpia de la bolsa para extraer las materias fecales.

B. — Prolapso del útero

En la mayoría de los casos observados, el *descenso del útero* no ofrece dificultades para la reducción. Con todo, los descensos *bruscos* son capaces, según parece, de oponer cierta resistencia. Gaillard Thomas cita una observación de A. Munro: «En una niña de tres años, habiéndole sobrevenido bruscamente un prolapso, no pudo ser reducido y terminó por la muerte.» Él mismo ha debido practicar una taxis forzada previa anestesia, y recomienda colocar á la enferma en posición genupectoral, coger el útero con la mano derecha, y sin hacer fuerza, comprimir metódicamente durante diez, quince y hasta treinta minutos, hasta que el órgano haya recobrado su posición.

Es muy raro que el médico se vea precisado á llegar á estos procedimientos de taxis; con todo, es conveniente conocerlos.

La *caída del útero* se reduce ordinariamente sin gran dificultad, pero el *mantener de la reducción* es en cambio muy difícil. La falta de

resistencia del periné, la laxitud de las paredes vaginales quitan todo punto de sostén á los *pesarios*, que se dislocan y salen fuera de la vulva al primer esfuerzo; además, la matriz aumenta mucho de volumen y de peso cuando su descenso depende de una alteración anatómica, como la *hipertrofia supra* ó *intravaginal del cuello*.

Los dos aparatos que más nos satisface emplear son: el *pesario* de Gariel y el *pesario* de Dumontpallier unido por medio de un tallo curvo y rígido *(pesario vaginoabdominal, histeróforo)* á un cinturón abdominal.

El *pesario* de Gariel, constituído por una bolsa que se dilata á voluntad, práctico y cómodo al principio, acaba á la larga por dilatar por su acción la vagina y puede, transcurrido un tiempo variable, ser expulsado á su vez.

Es necesario, pues, emplear un instrumento que quede fijo en su lugar de modo que no ceda al peso de la matriz; el *anillo* de Dumontpallier sostenido por un tallo, fijo éste en un cinturón, cumple bastante bien estas condiciones. Pero, en realidad, no existe pesario alguno perfecto y el mejor tiene inconvenientes. Hasta puede hacerse necesaria una operación, y se interviene entonces, según el estado de las partes, practicando la amputación conoidea del cuello (Huguier), ó la sutura de las paredes vaginales, etc.

A falta de pesarios complicados, se puede aconsejar á las mujeres (á las de la clase obrera, por ejemplo) que se reduzcan cada mañana el prolapso é introduzcan en seguida en la vagina una serie de torundas de algodón dispuestas como las colas de las cometas, que se mantendrán aplicadas por medio de una venda ó faja colocada entre los muslos y provista de una pelota que comprima la región vulvoperineal.

III

Antedesviaciones

Anteversión

Si, en la mayoría de los casos, es aún relativamente fácil reponer en su posición regular un útero que se encuentra en *anteversión*, en cambio consideramos como extremadamente difícil mantener con seguridad la reducción operada.

La situación anatómica normal del órgano le predispone á bascular

hacia adelante, y cae con mayor facilidad cuando la metritis ha aumentado de peso y volumen, al mismo tiempo que se han relajado los ligamentos. Así, pues, todos los autores aconsejan con justa razón *comenzar por tratar la metritis* que causa y sostiene la anteversión, y Gaillard Thomas añade que se espere para practicar la reducción á que no exista huella alguna de inflamación periuterina.

Con un dedo sobre la cara posterior del cuello y la otra mano comprimiendo por encima del pubis, se endereza la matriz, se introduce luego un pesario *anillo* de Dumontpallier, que la fija, inmovilizándola por la distensión de los fondos de saco. Se recomienda á la enferma que permanezca en *decúbito dorsal* cuando se acueste, y que mantenga esta posición varios ratos durante el día; pero no aconsejaríamos como medio auxiliar el que encontramos recomendado por algunos autores antiguos, que prescribían á la paciente que orinara raras veces para conservar en plenitud el mayor tiempo posible la vejiga, que de este modo rechaza la matriz.

Se puede ayudar á los pesarios con los *cinturones hipogástricos*, cuya acción se ejerce sobre el fondo del útero. Unos son *bragueros rígidos*, provistos de una *placa metálica* movida por un tornillo, á fin de comprimir más ó menos la región suprapúbica. Preferimos á éstos los cinturones hipogástricos *ordinarios*, á los que se añade una *pelota suprapúbica* más ó menos gruesa; tienen la ventaja de sostener la masa intestinal y de no ser tan rígidos y menos molestos. Hemos hecho construir un modelo cuya parte abdominal, muy resistente, de poca amplitud y altura, no presenta ninguna parte cinchada, y que nos da muy buenos resultados.

En cuanto á los *pesarios intrauterinos*, no los empleamos nunca.

Anteflexión

La *anteflexión adquirida*, que aparece á consecuencia de enfermedades uterinas ó periuterinas, de preferencia en el curso de la metritis ó de un estado de subinvolución postpuerperal, reclama los mismos procedimientos de tratamiento que la anteversión: enderezamiento, permanencia en cama en decúbito dorsal, pesario-anillo, faja. Pero no se abriguen grandes ilusiones, pues con todo ello no se consiguen resultados considerables. El síntoma más molesto para la enferma es la *dismenorrea* continua, puesto que reconoce una causa mecánica, el acodamiento del conducto, que opone obstáculo á la salida de la sangre y sigue persis-

tiendo. Contra este dolor menstrual, de Sinety preconiza el *sulfato de quinina*, de 0gr,40 á 0gr,50 en dos veces cada día, ó una *inyección de morfina*. Modificar la causa del sufrimiento, y en tanto que no se logre, las inyecciones de morfina en los paroxismos insoportables, es, en nuestro concepto, la mejor conducta á seguir ante un género de cólico uterino que no deja de tener analogías con un cólico hepático ó nefrítico provocado por la migración de un coágulo sanguíneo.

El *enderezamiento brusco* de la flexión por el *histerómetro*, cuando esto es posible sin peligro, no produce efecto duradero, y después de haber quitado la sonda se reproduce el defecto.

Se observan anteflexiones que son felizmente modificadas por un *embarazo*, á condición de que se tomen todas las precauciones deseadas en el puerperio.

A falta de gestación y para modificar el parénquima uterino, se puede, siguiendo las atinadas recomendaciones de Labadie-Lagrave y de Legueu, practicar una *dilatación lenta* de la matriz con la laminaria, haciendo permanecer rigurosamente en cama á la enferma. El órgano se reblandece, se endereza, y para fijarlo en buena situación, estos autores hacen, por último, el taponamiento de la vagina. Este método les ha proporcionado resultados de notable mejoría.

La *anteflexión congénita*, de la que nos hemos ya ocupado al estudiar los accidentes de la pubertad, se observa de ordinario al propio tiempo que las suspensiones de desarrollo del aparato uterino, estenosis de los orificios, conicidad y pequeñez del cuello, etc. Se practicarán la *dilatación progresiva* y el *enderezamiento*, según las reglas que hemos expuesto en el capítulo dedicado especialmente á tales anomalías.

IV

Retrodesviaciones

El tratamiento de la *retroversión* y el de la *retroflexión* pueden exponerse en un mismo capítulo.

En las desviaciones hacia adelante, uno de los principales efectos de la faja hipogástrica *parece* ser sostener y levantar el cuerpo de la matriz; en cambio, la prescripción de una faja á una enferma que tiene una retrodesviación, parece á veces, como personalmente lo hemos podido observar, algo extraña. Sin embargo, contra las posiciones viciosas hacia

adelante ó hacia atrás, lo que se trata de obtener no es sólo obrar sobre el útero por medio de una presión directa, sino sostener y disminuir el peso de la masa abdominal, que mantiene y exagera la desviación.

La *faja hipogástrica* tiene, pues, aquí también sus indicaciones. Por el mismo motivo, se cuidará más que nunca de que el *estreñimiento crónico* no acumule en el recto una cantidad de materias que pesarían con tanta mayor facilidad sobre el fondo de la matriz cuanto que ésta comprime á veces aquella porción del intestino grueso. Además, se recomendará á la enferma que permanezca *acostada sobre el vientre* (decúbito prono) tanto tiempo como le sea posible, y todas las noches tomará y retendrá un *enema caliente*.

Los obstáculos que encontramos cuando queremos practicar el *enderezamiento* no provienen, como en la anteversión ó la anteflexión, de la tendencia natural del órgano á caer de nuevo en su situación anatómica normal. Al contrario, esta tendencia secundaría nuestros cuidados para favorecer la curación. La causa que limita nuestras tentativas y las hace infructuosas reside en la existencia de *bridas*, vestigios de inflamaciones antiguas, que insertándose á la vez en los diversos órganos abdominales y en el cuerpo uterino, lo mantienen en posición viciosa; el *masaje*, las *tracciones lentas* y *repetidas* logran vencer su resistencia y acaban por relajarlas, pero no siempre.

La reducción de la desviación se verifica simplemente con los dedos ó por medio de una sonda.

Para la *reducción manual*, que es preferible cuando se sospeche que existan bridas, se puede comenzar introduciendo un dedo en el recto para procurar mover el cuerpo del útero; pero casi siempre se practica ya desde un principio el tacto vaginal esforzándose alternativamente en impeler el cuerpo hacia adelante y el cuello hacia atrás, mientras que la mano libre, aplicada sobre el vientre, trata de coger el fondo del órgano y conducirlo en posición anterior hasta exagerada.

Cuando se quiere operar con el *histerómetro*, se elige, para la intervención, el cuarto ó quinto día después de las reglas (que han sido, por otra parte, comprobadas personalmente). El paso de la sonda á través del acodamiento de una retroflexión hasta las partes profundas del conducto, resulta á veces una maniobra bastante difícil y hasta dolorosa; y para penetrar en la parte flexionada, puede ser necesario levantarla por delante del instrumento con el índice colocado en el fondo de saco posterior. Este procedimiento podría resultar insuficiente si no se cambiara la dirección y la inclinación del histerómetro. En vez de introducirlo, como en los casos normales, con la concavidad y la punta hacia adelante, el mango deprimido

hacia la horquilla, lo que llevaría fatalmente el extremo á chocar contra el pliegue de la flexión, se dirige con la concavidad y la punta hacia atrás, el mango levantado hacia el pubis, de modo que su corvadura se adapte á la corvadura viciosa del conducto uterino. Resulta entonces más fácil levantar el cuerpo con un dedo en el recto ó en la vagina, á fin de que el instrumento llegue hasta el fondo. En este momento se vuelve la sonda para colocar su corvadura hacia adelante, pero no imprimiendo un movimiento de rotación al mango, pues que, procediendo así, «haríais describir al pico de la sonda un arco de círculo considerable que, verificándose dentro de una cavidad tan reducida como la del cuello ó del cuerpo, determinaría perturbaciones, ó cuando menos frotes molestos y dolorosos. Considérese, al contrario, el pico de la sonda como un centro inmóvil y hágase describir un movimiento de arco de círculo al mango del instrumento, y entonces el pico sigue las distintas direcciones» (Gallard) girando sobre su eje. Bájese el mango hacia la horquilla, exagerando la posición hacia adelante, y pónganse en el fondo de saco posterior algunas torundas de algodón. Esta maniobra, no hay necesidad de que se insista, exige una movilidad completa del útero. Frecuentemente, se considera más prudente practicar una serie de reducciones manuales aplicando á continuación torundas en los fondos de saco, hasta que se obtiene una situación que se aproxime á la normal. No siempre se consigue un enderezamiento completo, y llega un momento en que se nota que no se gana ya terreno y que la matriz se opone á ir más adelante.

Para mantener la reducción, se colocan *pesarios*, y á los que recurrimos con preferencia es al *pesario acodado de caucho endurecido de* Hodge y sobre todo al *pesario de aluminio de* Sims.

Limitémonos á recordar aquí el tratamiento de la *retroflexión en las vírgenes* por la *opoterapia tireoidea*, según la doctrina de Hertoghe que hemos expuesto anteriormente.

CAPITULO V

TRATAMIENTO MÉDICO DE LOS FIBROMAS

I

Modificaciones espontáneas

El tratamiento médico instituído con el fin de conseguir la resolución de los tumores fibrosos ha dado muy pocos resultados. Es más razonable considerarlo como paliativo de los accidentes, siendo en este concepto susceptible de prestar grandes servicios, mientras no se considere indispensable una operación. Únicamente la intervención quirúrgica puede acabar con ciertos fenómenos peligrosos.

Esta resolución de los fibromas sobreviene á veces de un modo espontáneo después del *embarazo*. En otras circunstancias en que existe un *pedículo*, se rompe este pedículo, y entonces el tumor unas veces permanece flotante debajo del peritoneo cuando se ha separado de la superficie externa de la matriz, y otras, cuando se encontraba en la cavidad uterina, se desprende y es eliminado.

Se observan también la *calcificación* de los fibromas, y diversas *degeneraciones*, que fácilmente tienen lugar al practicar la *torsión* del pedículo. Después de la menopausia (ya hemos hablado de ello) un buen número de estos tumores permanece sin manifestaciones importantes. En el curso mismo de la vida genital, los encontramos que no determinan ningún síntoma. Pero, en la mayoría de los casos, somos llamados á asistir enfermas que tienen cuerpos fibrosos, de los que algunos determinan accidentes que pueden poner en peligro la vida de la paciente.

II

Tratamiento del fibroma mismo

El *fósforo*, el *arsénico*, aconsejados para modificar la estructura del fibroma, determinando su transformacion grasosa, y favorecer por ende su resolución, no nos inspiran gran confianza; el *arsénico*, como se ha hecho notar, tiene, cuando menos, la ventaja de obrar como reconstituyente del estado general. El *yodo*, el *yoduro de potasio*, el *bromuro de potasio*, si no disminuyen el tumor, se oponen cuando menos á su crecimiento.

Podemos afortunadamente emplear agentes más seguros. Son éstos los remedios cuya influencia sobre la fibra muscular nos es conocida: el *cornezuelo de centeno*, el *hidrastis canadensis*, el *cannabis indica*, la *sabina*. Su administración tiene por objeto obtener la disminución del fibroma y su enucleación: la *disminución*, actuando sobre el mismo neoplasma; la *enucleación*, solicitando la contractilidad de las fibras del útero, de tal suerte que el tumor será lentamente impelido debajo del peritoneo, en donde trasciende menos sobre la mucosa para dar origen á metrorragias, ó á la cavidad de la matriz, y entonces como *pólipo* resulta más fácilmente accesible á los instrumentos.

Es necesario continuar la medicación por largo tiempo, y por otra parte varios autores han referido casos en los que la habían sostenido durante meses con éxitos variables.

Estos remedios se prescriben á las dosis que hemos indicado al estudiarlos con motivo de las **metrorragias**. No obstante, debemos añadir que, siendo el fin propuesto determinar una viva y súbita contracción de las fibras uterinas, es preferible, cuando se emplea el *cornezuelo*, recurrir á las *inyecciones de ergotina*.

La *opoterapia tireoidea*, cuyos buenos efectos contra las pérdidas ya conocemos, determina también una disminución de volumen del tumor, y Jouin, que ha preconizado este medio terapéutico, refiere varios ejemplos de ello. Muy frecuentemente, dice Hertoghe en su tan notable trabajo, en la *hipotireoidia benigna crónica* se encontrará el mioma desde el tumor colosal hasta los pequeños fibromas intersticiales. La beneficiosa influencia de la medicación en la degeneración fibromatosa confirma la *naturaleza distireoidea* de estos neoplasmas (1).

(1) Para todo lo concerniente á la *opoterapia tireoidea* y la teoría de Hertoghe, consulte el lector las págs. 196 y 197.

Por último, en el tratamiento de los cuerpos fibrosos, no debe en modo alguno olvidarse el *masaje* y sobre todo la *electricidad,* cuyo uso acertado y buen empleo logran muy notables éxitos. Desgraciadamente la electricidad no está al alcance de todos, exige aparatos especiales y demanda una instrucción y una práctica especiales, so pena de que pueda resultar peligrosa empleada por manos inexpertas. Queda, pues, algo excluída de nuestro plan; pero insistimos en aconsejar que se recurra á ella cuando las circunstancias lo permitan.

Procuraremos además evitar todas las causas de *congestión uterina,* cuyos efectos son muy perjudiciales sobre la evolución del tumor y sobre los accidentes que éste determina. Se ordenará el *reposo* en la época de las *reglas*. Algunos fibromas blandos, sobre todo, resultan muy influídos por la fluxión catamenial. Existe una variedad bastante curiosa y rara de miomas *telangiectásicos* ó cavernosos, que sufren variaciones de forma á cada brote menstrual.

Uno de nosotros ha publicado (1) un caso en que el neoplasma aumentaba de volumen en proporciones inusitadas al aparecer el molimen, y adquiría una consistencia elástica para disminuir rápidamente al terminar las reglas. Igualmente, la *fatiga*, los *esfuerzos repetidos,* la *estación vertical prolongada,* la *estreñimiento crónico*, etc., mantienen una hiperemia genital de las más perjudiciales.

III

Tratamiento de los pólipos

Cuando el cuerpo fibroso provisto de un pedículo se encuentra dentro la cavidad uterina, se trata de un *pólipo,* cuya extirpación hemos de procurar. Para conseguirlo, importa conocer los puntos de implantación, el grosor, la longitud del pedículo; pero si se consigue sin muchas dificultades por medio del histerómetro y del tacto cuando la inserción es baja, no puede decirse así cuando radica en el fondo del órgano. De Scanzoni aconseja coger el pólipo con pinzas é imprimirle movimientos de torsión. Cuando el pedículo es largo y delgado, el pólipo obedece á las diversas impulsiones; resiste, al contrario, si el pedículo es corto y ancho.

Existen pólipos *intermitentes* que se presentan en el orificio, con preferencia en la época de las reglas, y que luego desaparecen. Otros están

(1) Pablo Dalché. — Mioma uterino de volumen variable *(Gazette médicale,* 1884).

situados un poco más altos y difícilmente resultan accesibles. Si no se presentan accidentes que impongan una intervención inmediata, se pueden dar, para favorecer el descenso del tumor, algunos preparados de *ergotina*. Hemos visto á uno de nuestros maestros provocar por la *dilatación del cuello* el verdadero parto de un pólipo que lo pudo entonces operar cómodamente.

La ablación de algunos pólipos voluminosos, profundamente situados, resulta una intervención muy difícil que sólo puede emprender la mano experta de un cirujano. Pero encontramos también tumores que se presentan de tal modo que cualquier médico los puede extraer. Se trata en este último caso de pólipos pequeños ó medianos, cuyo diámetro es bastante reducido para que podamos hacerles atravesar la vagina y la vulva sin gran dificultad; unas veces, completamente fuera del útero, penden, en la parte superior de la vagina; otras quedan entre los labios del cuello, ó también en la cavidad uterina. Pero en todos los casos podemos llegar hasta su pedículo, previa una dilatación por medio de la laminaria.

Cuando el pedículo es de pequeño calibre, basta la *torsión* del mismo para arrancar el tumor; ó bien se va en busca de su punto de implantación, y con las *tijeras curvas* sobre el plano, se secciona. Muchos autores aconsejan practicar antes una ligadura que asegure la hemostasia; Pozzi aconseja simplemente practicar la torsión del tumor sobre su pedículo, á medida que se va cortando con las tijeras, maniobra que evita la hemorragia; si es necesario, por otra parte, se dejará aplicada una pinza.

Hoy día, para la ablación de los pólipos, se rehusa el empleo de los medios que utilizaban nuestros predecesores, el *aprietanudos*, el *estrangulador de hilo y de cadena*, á los que se acusa de ocasionar fenómenos de infección. En efecto, se han observado accidentes después de emplear estos instrumentos; pero ¿se debían á los aparatos ó al operador? Sea como fuere, hemos visto á muchos de nuestros maestros servirse de ellos con el mejor éxito, y por nuestra parte los emplearíamos sin ningún inconveniente si no considerásemos posible seccionar el pedículo con las tijeras.

«El estrangulador de cadena, dice Verrier, expone á mayores peligros de infección y de *alteración del tejido uterino* que el de hilo. Llevado el hilo sobre la cara superior del pólipo, se le hace deslizar hasta su base, y se tiene cuidado de sujetar el estrangulador contra el borde inferior del pedículo y *mantenerlo en contacto tan absoluto cuanto sea posible* con el mismo.

»Se comenzará entonces á hacer funcionar el estrangulador, que en poco tiempo separa el pólipo de la matriz. No falta ya más que sacarlo hacia fuera con la pinza erina y cauterizar el pedículo de implantación,

ya con el *percloruro de hierro*, ya con el *ácido nítrico*, algunas veces con el *termocauterio* para prevenir hemorragias consecutivas.» Esta cauterización no siempre la consideramos indispensable.

IV

Tratamiento de los accidentes del fibroma

Metrorragias

Las *metrorragias* figuran entre los accidentes más frecuentes y más temibles de los fibromas. Por su abundancia y su repetición dan, en algunas mujeres, tal carácter de gravedad á la enfermedad, que bastan para hacer necesaria una operación que ponga fin á las pérdidas suprimiendo el tumor.

Antes de llegar á esto se ha procurado ensayar sucesivamente todos los medios que conocemos para detener el flujo de sangre. Se comienza, claro está, por las *irrigaciones continuas calientes,* secundando la acción con los preparados de *ergotina;* cuando este medicamento, absorbido por las vías digestivas, no produce ningún efecto, se prescribe en inyecciones subcutáneas. Si no da resultado, podemos recurrir al empleo del *hidrastis* ó del *cannabis*.

Recordemos aquí las fórmulas que ya hemos expuesto, y en las que hemos combinado estos distintos medicamentos:

1.ª	Elixir de Garus.	100 gramos
	Ergotina Bonjean..	5 —
	Extracto de virburnum prunifonum.	aa. 2 —
	— de gossypium herbaceum.	aa. 2 —
	— de hydrastis canadensis.	6 —

H. s. a. Poción. Tómese de una á cuatro cucharadas de café al día, preferentemente después de las comidas.

2.ª	Ergotina.	0 gr. 25
	Acido gálico.	0 gr. 05
	Extracto de gossipium herbaceum	0 gr. 02
	Polvo de ratania.	c. s.

H. s. a. Una píldora. Tómense dos al día.

El *taponamiento vaginal* simple y el taponamiento con la *solución gelatinada* constituyen un excelente recurso contra una hemorragia que

no sea posible contenerse por ningún medio; desgraciadamente su acción no es más que transitoria, pero á lo menos se tiene casi la seguridad de detener una pérdida que adquiere proporciones verdaderamente alarmantes.

Las *inyecciones intrauterinas de yoduro potásico*, de *percloruro de hierro* ó de *tintura de yodo*, que han sido preconizadas y con las que se han obtenido buenos resultados, nos parecen más peligrosas y de menos eficacia que el *raspado* en los casos en que nos vemos obligados á intervenir de un modo más directo sobre la mucosa uterina.

En el curso de los fibromas, la *endometritis secundaria*, á la que nosotros atribuímos el origen de muy numerosas hemorragias, es una indicación para el *raspado* del mismo modo que una endometritis primitiva. La operación implica ciertas reservas, que dependen de la forma de la cavidad y de la presencia del tumor; dicha operación expone á los mismos peligros de infección secundaria y no impide que con la reproducción de la mucosa, con el tiempo, la sangre vuelva de nuevo á fluir, ya que el tumor persiste; pero á lo menos suprime por mucho tiempo los accidentes graves, y son algo frecuentes los casos en que ha sido definitiva la supresión.

Una complicación bastante rara de las metrorragias sostenidas por los fibromas es la producción de *pólipos fibrinosos*, que pueden adquirir un considerable volumen. Su incesante crecimiento es causa de que, saliendo de la cavidad uterina, aparezcan en la vagina, y su consistencia es bastante firme para que no siempre se desprendan espontáneamente; en estas condiciones constituyen un peligro de complicaciones pútridas y sin demora conviene quitarlos con la cucharilla.

Dolores

Los dolores abdominales, debidos al volumen del fibroma y á su peso, obligan á la enferma á llevar una *faja ventral* para sostener la masa del tumor.

Mucho más penosos y molestos son los *cólicos uterinos*, *dolores expulsivos* que, cuando la matriz intenta librarse del tumor, se parecen á los esfuerzos del parto. Conviene recurrir entonces al empleo de todos los calmantes y sedantes, *enemas laudanizados*, *supositorios opiados*, *belladonados* y, en caso necesario, á la *inyección de morfina*.

En estos casos de *tenesmo uterino* se ha practicado á veces con buen resultado la *dilatación del cuello;* pero lo que nos parece más sin-

gular es que esta dilatación en algunos casos ha sido suficiente para detener las hemorragias. Obra sin duda, según Labadie-Lagrave y Legueu, del mismo modo que un drenaje.

Dismenorrea

La *dismenorrea*, cuando depende de una causa mecánica, sólo puede aliviarse de una manera radical por la supresión del obstáculo ó la salida de la sangre; momentáneamente se atenuará con la *morfina*, la *antipirina*, el *cloral*, etc. Sin embargo, como que muchas veces es de naturaleza congestiva, pueden ensayarse el *senecio*, el *cannabis*, etc. Zweifel (de Leipzig) recomienda, como muy eficaz contra los dolores menstruales que acompañan á los fibromas, el *extracto fluído de hydrastis canadensis* á la dosis de XXV gotas cuatro veces al día desde el quinto día antes de las reglas.

La *leucorrea* y la *hidrorrea* sólo reclaman su tratamiento habitual.

V

Tratamiento de las complicaciones de los fibromas

Fenómenos de putridez

Puede suceder que un fibroma sufra una *degeneración gangrenosa*. Cuando forma prominencia en la cavidad uterina, se desprenden de la masa neoplásica fragmentos de putrílago, que se eliminan por el orificio del cuello y después por la vulva. Estos casos son relativamente sencillos, puesto que el esfacelo del tumor determina á veces las más graves complicaciones peritoneales. De todos modos la enferma está expuesta á la infección pútrida y la primera indicación es quitar los fragmentos desprendidos y después tener las vías genitales en un estado de antisepsia tan riguroso como sea posible por medio de las inyecciones vaginales é intrauterinas. Las manifestaciones generales se combatirán con el tratamiento general de la gangrena, por ejemplo, tal como lo hemos descrito al tratar de la gangrena vulvovaginal.

Inflamación.—Supuración del tumor

Los fenómenos de *infección* y de *supuración* que parten de la *cápsula* y que dan lugar á los accidentes conocidos con el nombre de *fibromas inflamados*, graves en sí, son también muy temibles por el peligro constante de peritonitis.

Puede aplicarse el *tratamiento de las flegmasías periuterinas:* reposo absoluto en la cama, emisiones sanguíneas locales (sanguijuelas ó ventosas escarificadas en el abdomen), baños, cataplasmas y enemas laudanizados. Para combatir el dolor: morfina, antipirina, cloral, supositorios opiados ó belladonados. Las unturas con una pomada que contenga belladona y beleño, alivian bastante.

Contra la fiebre y el estado general, no será malo prescribir *sulfato de quinina*, al que asociamos generalmente la *digital*:

Sulfato de quinina.	0 gr. 45
Polvos de hojas de digital.	0 gr. 05

Mézclese bien. Para una oblea, que se tomará por la tarde.

Si desde un principio es muy viva la inflamación, ó si tememos la aparición de la *peritonitis*, aplicamos *vejigas de hielo* sobre la región.

Cambios de posición del útero

El fibroma ocasiona muchas veces consecutivamente una *desviación*, un *descenso*, que se convierten en nuevo origen de inconvenientes. Cuando se crea posible, se procurará enderezar la matriz ó sostenerla por medio de un pesario.

La existencia de una *inversión uterina* tiene consecuencias mucho más serias, y necesita una intervención quirúrgica.

Complicaciones de vecindad

La *endometritis*, tan frecuente, determina por su presencia un tipo metrítico de los fibromas cuya terapéutica ya conocemos. También se observan *salpingitis* consecutivas, *pelviperitonitis*, *peritonitis crónica con adherencias*, *ascitis*, que nos vemos obligados á puncionar.

Fenómenos de compresión

El tumor, por su volumen ó por su situación, puede dar lugar á compresiones sobre las *vías urinarias* en diversos puntos, originándose distintos accidentes, que nos limitaremos solamente á señalar, ya que basta conocerlos para instituir su tratamiento ordinario. *Pielitis, pielonefritis, hidronefrosis, uremia, disuria, retención de orina, tenesmo vesical, cistitis*, reclaman sucesivamente nuestros cuidados.

Del mismo modo, por lo que se refiere al tubo digestivo, observamos compresiones que dan lugar á síntomas de *pseudoclusión intestinal*. La *constipación crónica*, la *obstrucción del recto* y la producción, procidencia y estrangulación de las *hemorroides* serán vigiladas y tratadas.

La compresión de los *nervios de la pelvis* provoca dolores, que se exacerban durante la marcha y la permanencia en pie; basta á veces prescribir el reposo en cama durante algunos días ó el uso de un cinturón para obtener un gran alivio, como también para disminuir algunos *edemas*.

Indicaciones que derivan del estado general

Las metrorragias repetidas, los sufrimientos y los fenómenos de compresión ó de septicemia crónica determinan, al cabo de un tiempo más ó menos largo, trastornos en todo el organismo. Se observan manifestaciones cardíacas, hepáticas, dispépticas, etc., de lo que resulta un estado general hasta tal punto lastimoso, que á primera vista las enfermas, pálidas, débiles, anemiadas, se *parecen á los cancerosos*.

Las inyecciones cotidianas de *suero artificial* á la dosis de 80, 100 ó 150 gramos constituyen un precioso recurso para luchar contra este desmejoramiento de la economía, al mismo tiempo que prescribimos los *tónicos*, *glicerofosfatos* y una *escogida alimentación*.

Mas, si lo permiten las circunstancias, no conviene dejar que la enferma llegue hasta este punto sin proceder á una intervención quirúrgica.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO MÉDICO DEL CÁNCER DEL ÚTERO

I

Consideraciones generales

El tratamiento médico del cáncer del útero sólo tiene su razón de ser en el caso de ser impracticable el tratamiento quirúrgico. No hay tiempo que perder una vez sentado el diagnóstico «*cáncer*», y si la operación es posible, conviene intervenir, puesto que cada día aumentan los temores de extensión ó de complicación.

Cuando la neoplasia ya no está limitada y ha ganado las regiones vecinas, no existiendo ninguna probabilidad de éxito para el cirujano, es necesario resignarse á la terapéutica médica, que es puramente paliativa.

II

Tratamiento del tumor

Cáncer del cuello

No obstante, de vez en cuando surgen todavía procedimientos que pretenden curar la neoplasia. Otros, por el contrario, más modestos y más justos, sólo se proponen atenuar sus manifestaciones, detener momentáneamente su curso y procurar á los enfermos que sea menos penosa su existencia.

El *arsénico*, el *yodo* y la *trementina* están actualmente muy olvidados.

La *cicuta* se prescribe todavía algunas veces. La prescribimos sin hacernos grande ilusión acerca de su eficacia, después de agotada toda la terapéutica empleada en tales casos, y cuando nos vemos vivamente solicitados por una pobre paciente que á todo trance reclama nuestros cuidados, en la forma siguiente:

Polvo de semilla de cicuta..	aa. 3 gramos
Extracto de genciana.	
— tebaico.	0 gr. 60

M. s. a. y divídase en 60 píldoras. Tómese una por la mañana y otra por la tarde.

Los polvos de semilla de cicuta pueden también emplearse en cura sobre la superficie ulcerada del cáncer.

El *clorato de sosa*, en aplicaciones locales, ha dado resultados, que le han conquistado una acción paliativa, á lo menos contra las *metrorragias* y los *flujos fétidos* (Boucher y Duvrac). Por medio del espéculo preferentemente, cuando así lo autoriza el estado de los tejidos, se coloca en contacto con el tumor una torunda de algodón hidrófilo ó una serie de torundas cubiertas con el polvo siguiente:

Clorato de sosa.	aa. 10 gramos
Subnitrato de bismuto..	
Yodoformo..	5 —

Mézclese bien.

vigilando la tolerancia de la enferma para el *yodoformo*, que también puede reemplazarse por el *diyodoformo*.

Desde la comunicación de Brissaud, se ha extendido el uso interno del clorato de sosa á otros cánceres que el del estómago, y especialmente al de la matriz (Duvrac).

Clorato de sosa..	20 gramos
Jarabe de flores de naranjo.	30 —
Agua destilada..	100 —

H. s. a. Poción. Tómense de dos á ocho cucharadas de sopa.

Al *clorato de sosa* asociamos generalmente el *condurango*, que ha sido también encomiado como un remedio anticanceroso:

Corteza de condurango blanco..	15 gramos
Agua..	250 —

Hágase reducir por cocción á 150 gramos y añádase:

Clorato de sosa.	20 gramos

Para tomar en cada comida una cucharada de las de sopa, que contiene, por consiguiente, unos 2 gramos de clorato de sosa y el cocimiento $1^{gr},50$ de corteza de condurango. Esta mezcla tiene á lo menos la cualidad de despertar las funciones digestivas tan á menudo hiposténicas en las cancerosas.

No podemos dejar de hablar de la *celidonia* que Denisenko ha puesto en boga, pero que no parece haber respondido á las grandes esperanzas que había hecho prever. No sólo no se ha detenido siempre la evolución de los neoplasmas, sino que además han sobrevenido accidentes á consecuencia de las inyecciones subcutáneas ó intersticiales. En muchos casos hemos visto que la inyección iba generalmente acompañada de dolores, escalofríos, y después de elevación de la temperatura con una gran debilidad; hasta se han publicado casos seguidos de *muerte*. Así, pues, creemos que las *inyecciones* han de emplearse con cierta reserva y prudencia. Con todo, he aquí algunas fórmulas:

Denisenko, en el espesor del tumor, en el límite de los tejidos sanos, inyecta 1 centímetro cúbico, repartido en varias inyecciones, de una mezcla en partes iguales de *extracto de celidonia, glicerina* y *agua destilada* (recientemente preparada). Chmighelsky combatió los fenómenos secundarios perjudiciales de la celidonia con la *tintura etérea de valeriana* á la dosis de XX gotas.

Legrand ha ensayado las inyecciones subcutáneas al 1 por 20 de *extracto seco de jugo depurado de celidonia máxima.*

Winter y Schmidt han inyectado una vez por semana en la pared abdominal un gramo de una *solución acuosa* al 50 por 100 de extracto de celidonia; los resultados obtenidos no los consideran como muy animosos.

Mas, al *interior* á lo menos, se puede dar el remedio de un modo progresivo sin exponer á la enferma á ningún peligro.

Legrand prescribe la siguiente solución:

Extracto seco de jugo depurado de celidonia máxima.	2 á 8 gramos
Agua destilada de menta.	200 —

H. s. a. Solución.

de manera que, por cada cucharada de sopa, la mujer comienza á la dosis de $1^{gr},50$ de extracto de celidonia, aumenta de $0^{gr},50$ á 1 gramo

al día para llegar á 4 gramos. Denisenko llegaba á administrar 5 gramos. Kalabiné ha empleado el *extracto flúido de celidonia mayor* á la dosis de tres cucharadas de café al día, una por la mañana, otra unas tres horas después del mediodía y la otra por la noche al acostarse.

Al mismo tiempo está indicado practicar *embrocaciones* sobre el tumor con:

1.º	Extracto flúido de celidonia.	2 partes
	Glicerina..	1 parte

H. s. a. Mixtura.

ó también:

2.º	Extracto flúido de celidonia.	4 partes
	Agua destilada. . . . . } aa.	1 parte
	Glicerina.. . . . . }	

H. s. a. Mixtura.

A consecuencia de estas distintas clases de tratamiento los casos hasta ahora referidos distan mucho de ser concluyentes. Unos han quedado verdaderamente sorprendidos de la eficacia de la planta; otros, en mucho mayor número, le niegan todo valor curativo; sin embargo, le reconocen á veces cierta acción sobre algunos síntomas, especialmente las *metrorragias*. Las embrocaciones, sobre todo, han detenido muchas veces el flujo sanguíneo cuando las partes ulceradas sangraban. Finalmente, los accidentes consecutivos á las inyecciones alarman á muchos médicos y á las mujeres, y los casos de muerte publicados no son en modo alguno tranquilizadores. Absorbido por las vías digestivas, el remedio es mucho menos temible, pero indudablemente es también mucho menos activo.

Azul y violeta de metilo

Después de la ablación con la cucharilla de los mamelones cancerosos, se aplican tapones de algodón hidrófilo empapados con una solución de azul de metilo al 5 por 100 y al mismo tiempo se practican las inyecciones intersticiales de la misma solución cada dos ó tres días (Mosetig).

Otras inyecciones intersticiales

Las inyecciones intersticiales de *percloruro de hierro*, de *ácido acético*, de *yodo*, de *ácido crómico* y hasta de *bromo* han sido ensayadas hasta en la misma masa de la neoplasia ó en las zonas que la separan de las partes sanas.

Ambrosio Guichard ha publicado (1) la relación de un caso en el que ha obtenido un éxito muy notable con una solución de *cloruro de cinc* al 1 por 5.

Lo que puede decirse de estas distintas tentativas es que el *azul de metileno*, el *percloruro de hierro* y el *cloruro de cinc*, etc., han procurado algún alivio á algunas enfermas, disminuyendo las manifestaciones dolorosas ó hemorrágicas, y que por un tiempo determinado ha parecido coincidir una detención en el curso del tumor, en casos muy raros, con esta mejoría aparente. Mas hasta el presente muy difícil nos sería recomendar una preparación mejor que otra; ninguna ha sido suficientemente experimentada.

El *alcohol absoluto* en inyecciones intersticiales, preconizado por Vuillet, suprime los flujos, pero provoca dolores que obliga á las enfermas á rechazarlas.

Carburo de calcio

El carburo de calcio, como es sabido, se descompone al contacto del agua en acetileno y en óxido de calcio.

Guinard ha ensayado con éxito el empleo del acetileno y del óxido de calcio de este modo obtenido, para destruir los mamelones cancerosos de los tumores inoperables y modificar las pérdidas. Coloca un trozo de carburo de calcio del tamaño de una nuez pequeña en el fondo de la vagina, del que se desprende el acetileno en forma de burbujas y entonces se aprieta con fuerza la gasa yodofórmica, á fin de que el gas esté en contacto con las paredes ó superficie enferma. A los cuatro días se levantará la cura, lavando abundantemente la región con sublimado al 1 por 1,000 y quitando luego las escaras y los trozos de cal. Además de la destrucción de las vegetaciones neoplásicas, Guinard ha observado que desaparecían las hemorragias, el icor y los dolores.

Esta forma de tratamiento no parece haber dado siempre buenos resultados á los diversos operadores que lo han empleado.

Ablación con la cucharilla

Cuando consideremos imposible poder extirpar por medio de una operación radical la matriz enferma, el mejor procedimiento terapéutico

(1) Ambrosio Guichard. — *Annales de Gynécologie*, 1887.

para combatir los accidentes del cáncer consiste en quitar ó destruir las partes enfermas profundizando todo lo posible, pero sin interesar los órganos inmediatos, tales como la vejiga ó el recto.

Sirviéndonos de una cucharilla cortante, se arrancarán los mamelones procurando con toda minuciosidad y cuidado desembarazar la región de los productos sospechosos.

Jobert cauteriza con hierro candente los cánceres del útero, cauterización que produce buenos resultados, sobre todo cuando se practica previamente un raspado con la cucharilla, pues de este modo es más fácil perseguir la invasión del tumor maligno en el interior de los tejidos. El *cauterio actual*, el *galvanocauterio* y el *termocauterio* tienen cada uno sus partidarios, que los utilizan para esta intervención.

En vez del hierro candente, algunos operadores se sirven también de torundas de algodón hidrófilo impregnadas de *cloruro de cinc* al 1 por 10. Pero nosotros vimos sobrevenir en determinada ocasión, en una mujer que cuidaba uno de nuestros profesores, y á consecuencia del empleo de este tratamiento, un verdadero esfacelo de la vagina, y desde entonces, como se comprende, no nos cansaremos de recomendar las mayores precauciones al aplicar las torundas sobre la superficie ulcerada, evitando el contacto de las paredes vaginales; conviene, además, untar la superficie de la mucosa con una substancia grasa, y llenar luego la vagina con gasa impregnada de bicarbonato de sosa (Czerny).

Cáncer del cuerpo

Menos es posible hacer todavía contra el cáncer del cuerpo del útero, que está sujeto al mismo tratamiento paliativo que el cáncer del cuello. El raspado y las cauterizaciones son aquí mucho más difíciles de llevar á la práctica, y exigen, por otra parte, una gran prudencia.

Para evitar la retención de las materias pútridas en la cavidad de la matriz, hay que echar mano de las irrigaciones intrauterinas repetidas de *agua hervida* con *permanganato de potasa* ó *solución de Labarraque*.

III

Tratamiento de los accidentes del cáncer del útero

Metrorragias

Las metrorragias, más bien por su larga duración ó incesante repetición que por su considerable abundancia, constituyen un accidente del cáncer de la matriz, que debilita y atemoriza á las enfermas, y debemos procurar, por todos los medios á nuestro alcance, que no sean duraderas. El raspado y la cauterización con el hierro candente son aquí también los medios más seguros de que podemos valernos; pero no en todos los casos podremos hacer de ello aplicaciones reiteradas, mientras que otras veces nos vemos obligados á intervenir sin aguardar los efectos producidos.

Ya hemos hablado de los distintos modos de aplicación directa del *clorato de sosa*, del *extracto de celidonia*, del *carburo de calcio*, etc., para detener los flujos de sangre.

Más comúnmente prescribimos las *irrigaciones muy calientes* ó las inyecciones conteniendo una cucharada de café de *percloruro de hierro* (solución á 30°) ó una ó dos de sopa de *tanino* ó también de *sulfato de hierro*, de *alumbre*, etc.

Si el flujo persiste, se aplican contra la superficie ulcerada torundas de algodón empapadas de percloruro de hierro más ó menos diluído en agua. Después se acaba de *taponar* con gasa esterilizada.

La *ferripirina* (ó *ferropirina)*, compuesta de percloruro de hierro y antipirina, es un hemostático que no es cáustico; se emplea en solución al 20 por 100 en aplicaciones con tapones ó torundas de algodón hidrófilo ó en polvo, preparándose gasas especiales (gasa con ferripirina).

La *solución de gelatina* detiene perfectamente las hemorragias; pero tiene el inconveniente de depositarse, solidificándose, en el fondo de las anfractuosidades, de las que con dificultad puede quitarse, y en este medio pútrido no deja de tener sus peligros la presencia de la gelatina coagulada. Al emplearla, será prudente, después de la cesación del flujo, pasar durante varios días consecutivos agua hervida muy caliente en abundancia.

Flujos icorosos y leucorreicos

La leucorrea y los flujos icorosos despiden un olor fétido, irritan la vagina, la vulva y las partes vecinas, determinando prurito vulvar, y su retención en las superficies ulceradas, contribuye á sostener la septicemia.

Conviene combatirlos por medio de abundantes irrigaciones vaginales muy calientes, conteniendo un antiséptico como el *permanganato de potasa* al 1 por 1,000. Nosotros empleamos comúnmente la *solución de Labarraque* en la proporción de una á dos cucharadas grandes por litro de agua y recomendamos á la enferma que proceda con toda precaución y suavidad, á fin de que las maniobras no provoquen una pérdida, que se produce á veces por el simple choque de una cánula rígida.

Cuando el médico procede por sí mismo á practicar la cura, después de la inyección introducirá en la vagina gasa esterilizada, ó bien pondrá polvos inertes ó débilmente antisépticos, para que absorban los líquidos segregados.

Las curas con el *eritrol*, tal como se han descrito anteriormente, están en esos casos formalmente indicadas.

Dolor

El aislamiento de las superficies por medio de la gasa calma, por otra parte, las molestias producidas por el contacto de los flujos cancerosos.

Mas los verdaderos dolores del cáncer, que, por otra parte, son de otra naturaleza, obligan á emplear toda la medicación sedante: no hay que titubear ni perder tiempo en dar á la enferma tantas inyecciones de *morfina* como sean necesarias para que no sufra. No es aquí lugar oportuno para ocuparnos de los inconvenientes de la morfina y de ningún modo hemos de abandonar, ni tenemos derecho para ello, á la pobre enferma en sus crisis verdaderamente horrorosas, cuando en nuestra mano está el medio de aliviarla.

IV

Tratamiento de las complicaciones del cáncer del útero

No entraremos en detalles acerca del tratamiento de las complicaciones, que nos limitaremos á enumerar.

La *flegmasía alba dolens*, las *compresiones de los nervios* y las *amenazas de propagación al peritoneo* no dan lugar á indicaciones especiales por el sólo hecho de su etiología.

Es necesario vigilar el *estreñimiento* producido muchas veces por la *compresión*, que también se ejerce contra las *vías urinarias*. La *retención de orina* obliga á sondar á la enferma; una *albuminuria* sintomática de lesiones renales ascendentes nos hará insistir en el régimen lácteo, y la *anuria*, que es consecutiva á la oclusión de los uréteres, cesa muy bien á veces por remisión espontánea ó por la destrucción de una fungosidad cancerosa; pero en la gran mayoría de los casos, si no interviene el cirujano, es de pronóstico grave.

La *reabsorción pútrida* determina fenómenos de septicemia, que nos esforzaremos en evitar, procurando cuidados de rigurosa limpieza en las regiones afectas.

CAPITULO VII

TRATAMIENTO MÉDICO DE LAS FLEGMASÍAS PERIUTERINAS

I

Introducción

Los fenómenos inflamatorios que observamos en las regiones periuterinas, pueden presentarse exclusivamente en un órgano bien aislado con una sintomatología particular y bajo la influencia de causas determinadas.

De este modo es cómo, de momento, diagnosticamos una *ovaritis*, una *salpingitis*, una *pelviperitonitis* ó una *celulitis pelviana*. Pero muchas veces, á lo menos al principio, estas distintas enfermedades provocan manifestaciones patológicas análogas, necesitando por un tiempo determinado cuidados idénticos, que, si no sobreviene la curación, han de ser continuados hasta que surjan indicaciones especiales por la localización anatómica de la lesión.

Además, es muy frecuente ver estas afecciones combinarse unas con otras, con cierto grado de *celulitis pelviana,* por ejemplo, complicar una *tubo-ovaritis,* etc.

De este modo varios puntos de su terapéutica nos parecen poder reunirse en un solo capítulo, en el que describiremos los medios de tratamiento que les son comunes. Después nos será más fácil estudiar sin vacilación los distintos procedimientos que especialmente se dirigen á cada una de estas enfermedades.

La agudeza, localización y las consecuencias de las flegmasías periuterinas nos proporcionan indicaciones, que completamos con el examen de toda la economía.

Los trastornos del estado general y de los distintos sistemas que á veces preexisten á estas enfermedades genitales y frecuentemente le son consecutivas, y las flegmasías periuterinas, trastornan ó alteran todo el organismo.

En nuestras prescripciones hemos de tener en cuenta el vigor y resistencia de la mujer, así como su temperamento y edad.

Estas enfermedades se presentan con preferencia en el curso de la *vida sexual*, y fácilmente sienten el contragolpe de las fluxiones menstruales. Podemos también observarlas en la *pubertad*, en la que pueden comprometer para siempre las funciones de reproducción; son raras en la *menopausia* y sobre todo después de ella.

II

Consideraciones generales

El papel del médico, ya lo hemos dicho, es procurar por todos los medios evitar la necesidad de la intervención quirúrgica, así como imponerla cuando se juzgue necesaria.

Desgraciadamente, cuando se trata de un caso de afección grave, cuyos síntomas alarmantes datan ya de mucho tiempo, no podemos esperar el buen resultado de los cuidados que pudieran prodigársele; pues entonces la vacilación sería frecuentemente en extremo nociva á la enferma, ya que se impone desde luego la operación. Por el contrario, nuestros esfuerzos han de tender siempre á evitar que la evolución de los fenómenos nos reduzca al extremo de hallarnos ante esta grave situación.

Por este motivo instituiremos una higiene y una terapéutica, cuyo objeto será:

a. Alejar las causas bastante numerosas de flegmasía periuterina;

b. Combatir estas causas tan pronto amenazan;

c. Tratar la flegmasía periuterina con el mayor rigor desde sus primeras manifestaciones sin darle tiempo á que adquiera serias proporciones.

La primera condición en garantía del éxito *es no perder un momento para detener el curso de los accidentes,* pues de lo contrario nos exponemos á llegar demasiado tarde.

Las reglas generales por que se rigen esta higiene y terapéutica han sido expuestas en su mayoría al tratar de las **metritis**; por lo tanto, nos

limitaremos ahora á reseñarlas brevemente, haciendo notar su respectiva importancia.

1.° PARTO Ó ABORTO. — El *parto* ó *aborto* constituyen ciertamente una de las causas más frecuentes de las flegmasías periuterinas. Inútil fuera enumerar de nuevo las precauciones que deben tomarse concernientes á la asepsia, antisepsia y limpieza en general de la cavidad uterina y del reposo necesario después del alumbramiento, pues son las mismas que se expusieron respecto de la metritis. Pero acontece con frecuencia que después de un parto queda algo de metritis con una ligera salpingitis; estos accidentes, tratados en seguida, es probable que desaparezcan; mas la mujer descuida ese estado, que le ocasiona pocas molestias, y se entrega de nuevo á sus quehaceres y goces, evolucionando mientras tanto algo solapadamente la afección hasta el día en que se manifiesta de improviso con caracteres alarmantes.

2.° MENSTRUACIÓN.—Las *fluxiones menstruales*, que determinan *congestiones periódicas* en la superficie de las regiones afectas, ejercen sobre la evolución ó proceso de las lesiones una influencia tanto más perjudicial cuanto la enferma no tiene ningún cuidado á la llegada ni mientras duran las reglas. Pocas son las mujeres que llegan á persuadirse de que les conviene guardar cama, ó cuando menos el reposo en una silla de extensión, en la época de las reglas, á poco que sufran algunas molestias más ó menos acentuadas en el bajo vientre; así que dejan de experimentar sensaciones dolorosas, desatienden todas las prescripciones, si es que todavía no multiplican á su gusto las imprudencias, y entonces nos encontramos con un nuevo brote en la pequeña pelvis, que será mucho más difícil de remediar.

3.° VULVOVAGINITIS. — GONORREA. — A veces acontece que bajo una *vulvovaginitis*, que parece no tener importancia, ó un flujo poco abundante y que apenas preocupa á la enferma, se oculta una verdadera *blenorragia*, y la infección, á consecuencia de una fatiga ó de un período menstrual, etc., invade de repente los tejidos periuterinos. No descuidando, pues, el tratamiento de ciertas *leucorreas* de apariencia vulgar ú ordinaria es como se evitan buen número de salpingitis.

4.° METRITIS.—Lo mismo ocurre con la *metritis*.

En el decurso de la blenorragia ó de una infección vulvovaginal, conviene asegurarse de la integridad de la matriz, y si se sospechase que

está alterada, habrá que intervenir rápidamente, resguardando al útero de la infección vaginal ú obrando sin demora para disminuir las probabilidades de contagio periuterino, caso de que el útero estuviere ya afectado.

5.° TRAUMATISMOS.—FATIGAS.—No hay para qué insistir acerca la importancia etiológica que tienen los traumatismos, las fatigas, los abusos del coito, las ulceraciones provocadas por un pesario que no se conserva en buen estado de limpieza, etc., etc.

6.° INTERVENCIONES.—EXPLORACIONES.—Inútil fuera también repetir lo que ya se ha dicho al tratar de las intervenciones y de las exploraciones. Un simple examen ó la simple introducción del histerómetro pueden ser origen de complicaciones alrededor de la matriz; el raspado, al igual que cualquier otro manejo operatorio, produce en casos determinados los mismos efectos.

7.° INFECCIONES INTESTINALES.—Finalmente, mencionaremos en último término los casos referidos por Pozzi, en que la infección periuterina tiene un origen intestinal.

III

Tratamiento médico de las flegmasías periuterinas según las diversas fases de la enfermedad

A.—FLEGMASÍA PERIUTERINA AGUDA

Reposo

«Si no dispusiera más que de un medio para tratar esta afección, el reposo es el que preferiría,» dice Gaillard Thomas; y para que resulte provechoso, es menester guardarlo con todo rigor, prescripción que no nos cansaremos nunca de recomendar, sobre todo en los *comienzos* de la enfermedad. No sólo, pues, se prohibirá á la enferma que se levante, sino que habrá de permanecer acostada en decúbito dorsal, evitando en lo posible todo movimiento, y así continuará por lo menos mientras duren los fenómenos de la invasión.

Más tarde podrá atenuarse ya el rigorismo de los primeros días, pero

sin abandonar el lecho hasta que los síntomas agudos hayan completamente desaparecido. Unicamente de este modo es dable esperar que podrá detenerse el curso de los accidentes.

Emisiones sanguíneas

Ya desde los primeros días se echará mano de la *medicación antiflogística*, comenzando por practicar las *emisiones sanguíneas*, aplicándose en el hipogastrio, preferentemente en el lado enfermo, diez, doce, quince y hasta más sanguijuelas, según la complexión más ó menos fuerte y vigorosa de la paciente, y dejando que sangren cuanto se considere conveniente. Cuando se quiere también combatir el dolor, muchos autores prefieren las ventosas escarificadas. Si se trata de una mujer robusta, se repetirán una ó varias veces las emisiones sanguíneas con intervalos variables, que pueden ser muy próximos. Hay que tener confianza en el procedimiento y emplearlo sin vacilación. No pretendemos entrar ahora en discusiones y explicaciones acerca del modo de obrar del mismo; ha bastado, para que nos diéramos por convencidos, ver con gran frecuencia disminuir el dolor, atenuarse el acceso inflamatorio, al mismo tiempo que cedía la tensión abdominal y descendía la temperatura, después de una aplicación de sanguijuelas, que no ha de temerse sean muchas. Se objetará, como ocurre en la apendicitis, que la existencia de picaduras de sanguijuelas en los tegumentos abdominales constituye un inconveniente para el caso en que haya de intervenirse con la laparotomía; pero, si bien esto es cierto, hay que reconocer también que muy raras veces, en el curso de la flegmasía periuterina, se impone la laparotomía de una manera inmediata, como en la apendicitis.

La aplicación de sanguijuelas ó escarificaciones en el cuello de la matriz reclama el uso del *espéculo*, y la introducción de este instrumento, cuyas valvas chocan con los fondos de saco vaginales y los distienden, es capaz no solamente de provocar un vivo dolor, sino también de determinar una recrudescencia de los accidentes agudos cuando las regiones periuterinas están flogosadas. Importa, por consiguiente, mostrarse muy reservado en cuanto al uso del espéculo, el cual, por otra parte, nada nos dice en este caso desde el punto de vista del examen y del diagnóstico.

Cuando por el estado de las partes se crea qne no ofrece peligro para la enferma la introducción del instrumento, se obtendrán mejores resultados de las emisiones sanguíneas practicadas en el cuello. Gallard las recomienda muy de veras en el momento de la aparición de las reglas,

cuya fluxión agrava indudablemente los síntomas inflamatorios, y nosotros creemos que producen asimismo buenos efectos siempre que una *congestión uterina intensa* acompaña á las demás lesiones.

Tópicos

Por medio de una gran *cataplasma laudanizada,* ancha y de poco grosor, cubierta con tafetán impermeable para que conserve el calor y la humedad, se consigue aliviar la región dolorida y se atenúa la intensidad de la inflamación. Completa, además, y hasta cierto punto, la acción eficaz de los baños cuando se le añaden, como es de regla, enemas é irrigaciones de agua caliente.

En vez de la cataplasma, muchos médicos prefieren las *compresas esterilizadas húmedas,* cubiertas con tela impermeable; nosotros las prescribimos generalmente después de las aplicaciones de sanguijuelas, pues de este modo podemos conservar más limpios los tegumentos abdominales.

Los fenómenos dolorosos se calman á veces mejor con *unturas* de *pomadas*, que se renuevan dos veces al día, cubriéndolas luego con una capa de algodón. He aquí una fórmula antigua, que prescribimos con frecuencia y nos ha parecido dar buenos resultados:

Extracto de belladona.	aa. 2 á 4 gramos
— de beleño.	
Ungüento populeón ó vaselina.	30 —

H. s. a. Pomada.

El *ungüento populeón,* como es sabido, está compuesto de hojas de *belladona, beleño, hierba mora, adormidera,* etc., y entre las *especies narcóticas,* la belladona y el beleño nos parecen ser tópicos cuya acción, sin reunir cualidades extraordinarias, no deja de ser indiscutible.

Cuando los síntomas reaccionales nos inducen á creer que el peritoneo está afectado ó simplemente amenazado, es preferible suprimir todos los tópicos y substituirlos por el *hielo* aplicado de un modo permanente; al mismo tiempo, se suprimen también los baños, tanto para evitar la menor causa de movimiento, como las transiciones bruscas de temperatura.

Inyecciones.—Irrigaciones

Las *inyecciones vaginales* no deben tener por único objeto conservar las vías genitales en un estado de limpieza y asepsia tan riguroso como sea posible, pues para que su acción resulte completamente eficaz, es

menester que obren directa y favorablemente sobre el útero y las regiones circunvecinas en el curso de las flegmasías uterinas y periuterinas.

Si bien las soluciones antisépticas, tales como se han expuesto en diversos puntos de la obra, bastan para limpiar rápidamente la vagina, no reunen todas las condiciones apetecibles cuando se trata de combatir con energía la inflamación del sistema útero-ovárico y de sus dependencias.

La inyección practicada en la parte enferma dará satisfactorios resultados, en cuanto: 1.° el líquido de que se componga favorezca la curación; 2.° que el líquido permanezca en contacto con los tejidos afectos todo el tiempo indispensable para que puedan éstos sentir sus efectos.

El líquido que reune estas condiciones favorables es el *agua á elevada temperatura*, de 45 á 50°; sus propiedades han sido hoy día puestas tan en evidencia, que es completamente inútil insistir sobre las mismas. Es *hemostática, antiflogística* y *sedante, antiséptica,* hasta cierto punto, y también *anestésica* (Reclus), cualidades que llenan cumplidamente diversas indicaciones que surgen en el decurso de las afecciones de que venimos ocupándonos.

Las inyecciones, del modo como las toman ordinariamente muchas mujeres, limpian la vagina y el cuello de la matriz, pero dejando á un lado esos cuidados de aseo y limpieza que vienen á llenar en las primeras vías genitales, su acción terapéutica es las más de las veces ilusoria é ineficaz por dos motivos: la duración de la inyección es corta, de suerte que los órganos están muy poco tiempo bajo la acción de las propiedades térmicas ó medicamentosas del líquido. Además, en las condiciones habituales en que la mujer se da una inyección ¿están siempre las paredes vaginales completamente distendidas para que su superficie quede en todos sus puntos regada por la corriente del líquido?

Así, pues, para obtener mejores y más positivos resultados, se recomienda á la enferma que se acueste al practicarse la inyección y procure que el agua corra por lo menos durante veinte minutos ó media hora.

Desde hace tiempo han venido aconsejándose diversos aparatos para remediar los inconvenientes de las inyecciones demasiado cortas; entre ellos, citaremos el aparato de Arán, el de Clauzure (de Angulema) y los de Maisonneuve y d'Auboin. Auvard ha puesto de relieve las innegables ventajas de la cánula reguladora.

Conforme el parecer de uno de nosotros, lo que importa es buscar el modo de que la inyección dure todo el tiempo que se estime conveniente, horas enteras en caso de necesidad y hasta todo el día, pero quedando siempre la mujer en una posición cómoda y libre de fatiga.

Para conseguir este objeto, hemos hecho construir un pequeño irrigador muy manejable cuyos detalles exponemos á continuación.

Se compone de un anillo elástico muy parecido al pesario de Dumontpallier, con la diferencia de que el centro, en vez de ser hueco, está cerrado con una delgada lámina de caucho destinada á obliterar el conducto vaginal; es, pues, una superficie plana, circular, un disco, cuyos bordes están constituídos por un anillo que forma relieve. La lámina central tiene dos orificios. En el superior va á parar un tubo largo y flexible adaptado por el otro extremo á un gran vaso, del cual lleva el agua á la vagina: una espita sirve para regular la salida del líquido. El orificio inferior comunica con un segundo tubo flexible, por el cual sale el agua de la vagina y la lleva á un recipiente colocado á poca distancia.

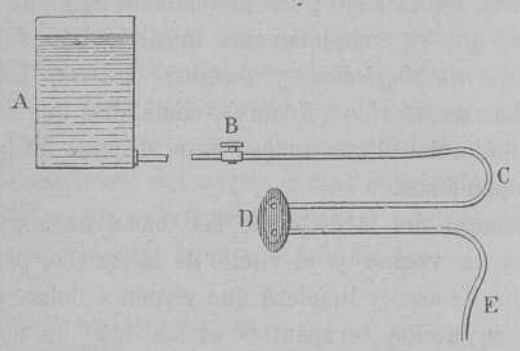

Fig. 16. — Esquema del aparato

A, vaso que contiene el agua; B, espita del tubo superior; C, tubo superior que lleva el agua á la vagina; D, disco de caucho con su anillo y sus orificios; E, tubo inferior que saca el agua de la vagina.

Una vez la mujer se ha acostado, se introduce el aparato como si fuera el anillo de Dumontpallier, *teniendo cuidado de hacer pasar el tubo inferior ó de desagüe* POR ENCIMA *del muslo ó del vientre de la enferma*, y la razón es la siguiente: el agua llega por el orificio superior, y hecha la anterior maniobra para que pueda salir, es menester que se eleve por encima del muslo ó del vientre, esto es, á mayor altura que el nivel de los órganos genitales internos; de este modo el agua, naturalmente, llena y distiende toda la cavidad vaginal comprendida entre el disco obliterador y los fondos de saco, y una vez llena la cavidad, se ve precisada á subir por el tubo de desagüe hasta el punto en que se encorva. De esta manera, toda la superficie de la vagina dilatada entra en contacto con el líquido y es un verdadero baño de corriente continua el que recibe la región.

Por medio de la espita superior, se regula la corriente del agua hasta

hacerla tan débil y pequeña como se quiera, y de este modo un vaso de 3 á 4 litros tarda algún tiempo en vaciarse; se le llena de nuevo sin tocar nada, repitiéndose esto varias veces seguidas, según que la irrigación haya de durar tres cuartos de hora, una hora, hora y media, etc., etc. Mientras dura la irrigación, la enferma podrá leer y hasta ocuparse en sencillos trabajos.

El vaso que contiene el agua se coloca, en el hospital, colgado de una tablilla situada á la cabecera de la cama, es decir, á unos 50 centímetros más alto que el almohadón. Si se quiere aumentar la presión, se irá levantando progresivamente el vaso y con mucha prudencia, pues la presión se

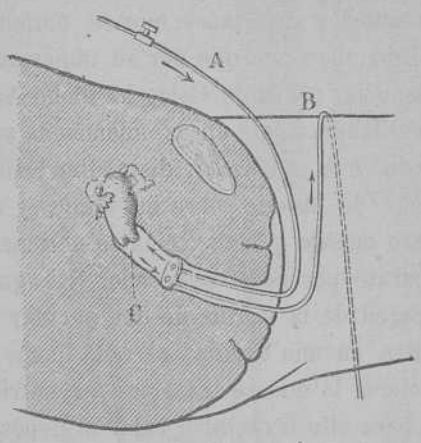

Fig. 17. — Esquema del aparato ya colocado

A, tubo superior por el que entra el agua; B, tubo inferior ó de escape que pasa por encima del muslo de la enferma, de manera que el agua ha de llenar la cavidad vaginal C antes de llegar á B y salir al exterior.

hace muy enérgica y despierta dolores, pudiendo provocar algunos accidentes.

Procediendo en la forma que acabamos de indicar, la enferma, acostada en su cama y con las piernas extendidas y aproximadas en posición natural, recibe sin fatiga de ninguna clase la inyección, que dura tanto tiempo como el médico desea. El aparato en sí mismo no es mucho más complicado que un pesario de Dumontpallier; pero tiene, sin embargo, algunos inconvenientes que debemos consignar. En el tratamiento de las metrorragias, se quedan á veces en el tubo de desagüe gruesos coágulos que lo obliteran; pero la principal dificultad estriba en que es muy difícil que la enferma, por sí misma, pueda colocarse el aparato sin que corra el riesgo de causarse algún trastorno, por lo que se ve siempre precisada á recurrir á otra persona. Además, según los enfermos, es necesario

escoger un aparato más ó menos ancho, pues si el anillo es demasiado pequeño ó demasiado grande bascula y el líquido sale por la vulva.

Así que, para obviar estas dificultades, hemos hecho fabricar en un nuevo modelo, el anillo de caucho muy dúctil y dilatable. Este anillo es hueco y por medio de un tubo comunica con una pera con la que se hincha á voluntad. De esta manera la enferma se introduce por sí misma el aparato en la vagina sin preocuparse mucho de colocarse en buena posición; comprime luego la pera que hincha aquél y dilata el anillo, que se adapta á las paredes vaginales á gusto de la enferma que regula la presión, y una espita metálica permite dejar al instrumento dilatado y deshincharlo después al querer sacarlo.

Entre los satisfactorios resultados que se obtienen de la irrigación practicada en esa forma, hay uno que por su importancia y utilidad merece ser objeto de especial mención. Como ha dicho Auvard (1), la inyección, para que sea verdaderamente eficaz, además de su influencia térmica, debe tener «*una influencia mecánica*, distendiendo la vagina y viniendo á ejercer una especie de masaje sobre los tejidos y órganos circunvecinos.» Este verdadero masaje y malaxación se obtienen, nos parece, con facilidad con el aparato por nosotros ideado. El agua retenida entre los fondos de saco, la pared de la vagina de una parte y el disco de caucho de otra, se encuentra en una cavidad cerrada donde puede sujetársela á la presión que se quiera, la que se transmite excéntricamente á la región circundante; basta para ello levantar ó bajar el depósito de donde sale el agua.

Unida la presión á los efectos que produce la corriente continua del agua, ejerce una especie de masaje, cuya duración é intensidad puede el médico cambiar á su arbitrio.

Hemos ya dejado sentado que esas irrigaciones abundantes de agua caliente pueden colocarse entre los buenos medios *hemostáticos* de que podemos disponer.

Las irrigaciones, merced á sus efectos propios del masaje y á sus propiedades sedantes y antiflogísticas, resultan también útiles en el decurso de numerosas *metritis*, sobre todo si por el aspecto que toma el cuello rojo, voluminoso, están indicadas las emisiones sanguíneas y la medicación descongestionante.

Finalmente, hemos logrado asimismo satisfactorios resultados en el tratamiento de las *flegmasías periuterinas*. Algunas *salpingitis recientes* en particular se modifican en términos de disminuir en grandes proporciones, si es que no llegan á desaparecer del todo, y al mismo tiempo se

(1) AUVARD. — *Bulletin de Thérapeutique*, 1896, pág. 14.

amortiguan los síntomas dolorosos. Cuanto más reciente es la salpingitis, mayores son las probabilidades de mejoría. Obsérvase á menudo un fenómeno singular; en los primeros días, el tratamiento provoca cólicos sin determinar ningún cambio notable en el estado local; pero llega un período

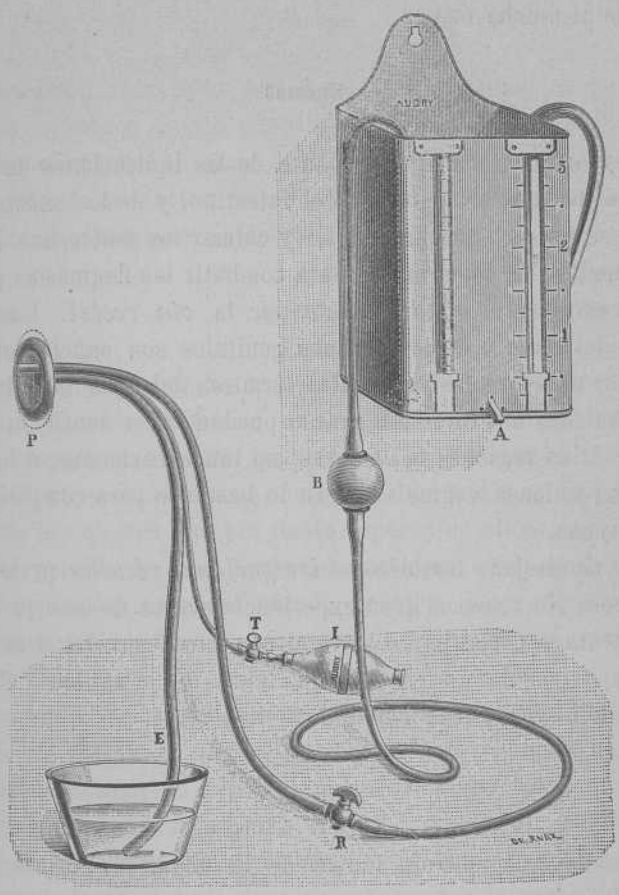

Fig. 18

A, vaso que contiene el agua; B, fuelle para llevar el líquido á los tubos; R, espita que regula la cantidad de agua conveniente; P, anillo; E, tubo de desagüe; I, pera que hincha el anillo; T, espita que mantiene el anillo hinchado.

menstrual, y cuando ha terminado se nota con sorpresa que el tumor ha perdido ya la mitad ó las tres cuartas partes de su volumen.

Importa de todos modos hacer una ligera salvedad; en los comienzos de ciertas flegmasías muy extensas y peragudas, la introducción del aparato puede ser dolorosa y hasta estar contraindicada, del mismo modo que cualquier otro instrumento que dilate la vagina. Mas, si se considerara

oportuno seguir adelante, convendrá que el médico coloque él mismo el anillo lo más cerca posible del pubis y dando á la corriente del agua una muy débil presión.

De no ser esto posible puede recurrirse á las abundantes irrigaciones practicadas con un vaso y una cánula ordinaria, procedimiento que no es despreciable ni mucho menos.

Enemas

Ya nos ocuparemos más adelante de las indicaciones de los *enemas* destinados á evacuar el contenido del intestino, y de los *enemas laudanizados*, que se prescriben para aliviar y calmar los fenómenos dolorosos.

Esto aparte, un buen medio para combatir las flegmasías periuterinas consiste en emplear el *agua caliente* por la *vía rectal*. Las relaciones anatómicas del recto y de los órganos genitales son suficientemente íntimas y afines, para que las cualidades térmicas del agua introducida en las últimas porciones del intestino grueso puedan hacer sentir su influencia á la matriz y á las regiones inmediatas, no tan eficazmente, á buen seguro, como las inyecciones vaginales, pero lo bastante para completar el efecto de estas últimas.

Se han aconsejado también las *irrigaciones rectales* prolongadas por mucho tiempo. No tenemos gran experiencia acerca de este procedimiento, y nos contentamos por punto general con hacer guardar á la enferma el mayor tiempo posible un enema abundante de agua tan caliente como pueda resistirlo (véase más adelante).

Baños

Cuando se crea, por la índole de la flegmasía periuterina, que no ofrecen peligro para la enferma los movimientos inevitables para trasladarla de la cama á la bañera, podrán prescribírsele los *baños generales tibios* bastante prolongados, que han de reportarle beneficiosos resultados. Antiguamente se añadían al baño *cocimientos de especies narcóticas*, práctica que no vemos inconveniente en seguir hoy también, mientras la cantidad del cocimiento guarde proporción con el baño general, de otro modo sería completamente inútil é ilusoria. Para obviar estas dificultades, nos atenemos casi siempre á los baños tibios simples ó con 250 gramos de *gelatina de París* y otros 250 gramos de *subcarbonato de sosa*. Los baños se administrarán diariamente ó en días alternos, según el grado de fatiga ó descanso que procuren á la enferma.

En todo caso no son de recomendar los *baños de asiento* al principio de las flegmasías periuterinas, pues la posición poco cómoda que se vería obligada la enferma á adoptar le ocasionaría algunos dolores que malograrían todo el beneficio de la medicación.

Duchas

Mencionaremos tan sólo por vía de recuerdo las *duchas de agua caliente*, de quince á veinte minutos, preconizadas por Gaillard Thomas y que no hemos ensayado nunca.

En cuanto á las duchas frías, conviene aguardar para comenzarlas que no exista el menor indicio de elemento congestivo.

Revulsión

La *revulsión* es una forma de tratamiento que reservamos generalmente para el *período de estado* de las flegmasías periuterinas agudas, cuando ha transcurrido algún tiempo de los fenómenos iniciales y los tópicos emolientes, cataplasmas, compresas húmedas, etc., parecen haber producido ya los efectos que era dable esperar de ellos.

En este período de la enfermedad, así como más tarde, cuando los accidentes amenazan pasar al estado crónico, la medicación revulsiva produce innegables resultados, pero con la condición de que sea ampliamente practicada.

Los *pequeños vejigatorios* sirven á lo más para permitir la cura con *clorhidrato de morfina*, que calma los sufrimientos pelvianos. Hoy día, después de varios años de experiencia, prescribimos los *grandes vejigatorios*, que dejamos secar rápidamente, para comenzar de nuevo tan pronto el estado de los tegumentos autoriza una segunda aplicación; no hay ningún inconveniente, por otra parte, en que se aproveche el desprendimiento de la epidermis para aplicar la *morfina* por el método endérmico.

Uno de los inconvenientes á que se está expuesto, es que la aplicación de un extenso vejigatorio produzca algunas molestias y sufrimientos y motive algo de insomnio, de modo que á la mañana siguiente no es raro observar una ligera elevación de temperatura, por lo cual hemos de estar prevenidos; pronto, sin embargo, desaparecen el dolor y la fiebre, y á menudo también se extinguen ó disminuyen las crisis de *neuralgia lumboabdominal*, que complican ordinariamente las inflamaciones de la pequeña pelvis.

En este mismo orden de ideas podemos decir que las aplicaciones repetidas de *puntos de fuego* prestan también grandes servicios. Debido quizá á un prejuicio, somos los primeros en reconocerlo, preferimos aplicarlos en el curso de los *estados subagudos* mejor que en las fases agudas en que prescribimos los vejigatorios. Asimismo en los períodos avanzados aconsejamos las embrocaciones frecuentes de *tintura de yodo*.

Columnización

La *columnización*, de la que ya hemos hablado al tratar de las metritis, no será oportuna sino en el momento de los *períodos subagudos*, puesto que la primera condición que ha de tener una medicación es la de ser inofensiva, y no siempre distenderíamos la vagina impunemente rellenándola de algodón en el curso de una inflamación aguda de las partes que rodean la matriz.

Para poder practicar la columnización ha de ser bien tolerada, que no ocasione ninguna molestia ó sufrimiento y únicamente con esta condición nos creemos con el derecho de llenar perfectamente los fondos de saco con torundas de algodón empapadas de glicerina, y completar después esta especie de cura llenando todo el resto de la vagina con algodón hidrófilo seco.

Por otra parte, si se quiere obtener un buen resultado con este procedimiento, no hay que esperar para practicarlo que no existan sino bridas ó tejidos fibrosos alrededor del útero, pues para conseguir la reabsorción de un exudado conviene que se encuentre en estado anatómico de poder sufrir la reabsorción.

Sin hacer de la *columnización* un método exclusivo de tratamiento, pueden esperarse buenos resultados de la misma cuando se emplea consecutivamente ó al mismo tiempo que otros procedimientos. Fija y sostiene el útero y obra sobre las partes flogoseadas favoreciendo la desaparición de los exudados.

B.—Tratamiento de las flegmasías periuterinas en estado crónico

Cuando la *flegmasía periuterina* ha pasado al *estado crónico*, todo lo que puede esperarse del tratamiento médico es el alivio y la mejoría más ó menos notable del estado de las lesiones, pero nunca la curación completa.

Alrededor de la matriz y de los anexos se forma un verdadero fieltro de bridas y de tejidos fibrosos de láminas más ó menos anchas, que circunscriben celdillas, vacías unas y otras llenas, al paso que el peritoneo, las trompas y los ovarios contienen derrames de diversa índole. Si la ovulación continúa verificándose, en cada época menstrual, cuando el ovario está retenido por las adherencias lejos del pabellón de la trompa, acontece que el óvulo y una pequeña cantidad de sangre caen en la cavidad peritoneal, de lo que uno de nosotros ha podido comprobar las señales y las pruebas anatómicas evidentes. Sucédense entonces nuevas exacerbaciones y nuevas formaciones de cicatrices, de suerte que la marcha crónica se interrumpe de vez en cuando por brotes agudos, ocasionados además por todas las congestiones de la pequeña pelvis y todas las causas capaces de repercutir sobre el aparato sexual cuya enumeración sería larga.

Mientras dura esta fase crónica, el tratamiento médico se reduce á repetir alguno de los medios empleados en el curso de la fase subaguda. Las irrigaciones vaginales y rectales, los baños tibios alcalinos y todas las formas de revulsión van combinándose sucesivamente en la terapéutica de estos casos. La práctica de introducir torundas empapadas de *glicerina á base de ictiol* no nos ha parecido dar nunca grandes resultados.

Al interior se ordenará el *yoduro de potasio* ó el *yoduro de hierro*. En estos últimos años se ha aconsejado (Maldarescu) el *yodol* en píldoras según la fórmula siguiente:

Yodol..	0 gr. 10
Polvo y extracto de regaliz.	c. s.

H. s. a. Una píldora. Para tomar primero cuatro al día y llegar después á seis y más todavía.

Hemos de preocuparnos también de la *metritis* concomitante.

Aquí es cuando principalmente convendrá pensar en el empleo del *masaje*, cuyos efectos son muy notables cuando es practicado por una persona hábil y conocedora de este método de tratamiento.

Finalmente, nos queda un último recurso, y que por cierto es muy precioso; es el *tratamiento hidrológico*, cuyas distintas indicaciones se encontrarán más adelante, habiéndosele consagrado un capítulo especial.

IV

Tratamiento de algunos síntomas

Dolor

Además de las molestias que le caracterizan, el *dolor* por mucho tiempo prolongado trastorna ó altera la nutrición y el estado general, agotando ó mejor extenuando á las enfermas, poniéndolas en las peores condiciones para ser operadas, y merece, por tanto, la atención del terapeuta.

La *antipirina*, el *cloral* y los *enemas laudanizados* son muy buenos recursos; pero no equivalen á una *inyección de morfina*, que procura la calma y el sueño de la enferma.

Insomnio

También el *insomnio* contribuye á fatigar á las pobres enfermas, á disminuir el escaso ó poco apetito que les queda y á exacerbar su sistema nervioso, ya hiperexcitado, y si por los fenómenos dolorosos no es necesaria una inyección de morfina, procuraremos obtener el sueño de la enferma con el empleo del *sulfonal;* una oblea de 50 centigramos tomada á las nueve de la noche é inmediatamente después una tisana caliente de tila y de hojas de naranjo (la intervención del agua caliente es indispensable para que sea eficaz el sulfonal); si resultare insuficiente, se tomará hasta 1 gramo y $1^{gr},50$.

En otras personas neuropáticas se consiguen los mismos efectos con el *bromuro de potasio* y el *valerianato de amoniaco*.

Metrorragias

Raras veces la *metrorragia* constituye un síntoma alarmante en el curso de las flegmasías periuterinas, pues, por el contrario, muchas veces la consideramos como favorable.

Pero, si se impone el tratamiento de la metrorragia, no emplearemos el *cornezuelo*, cuya enérgica acción sobre las fibras lisas contrayéndolas resulta perjudicial en el curso de estas afecciones inflamatorias. Se preferirá la *digital*, los *taponamientos* con la *solución gelatinada*, etc.

Amenorrea.—Dismenorrea

La *amenorrea* y la *dismenorrea* son aquí muy frecuentemente de *naturaleza congestiva*, y la mejor manera de aliviar los dolores que las acompañan consiste en instituir una medicación antifluxionaria: emisiones sanguíneas, tópicos emolientes, etc., etc.

Cuando los *dolores menstruales* reconocen por causa un punto ovular peritoneal, según el mecanismo que ya anteriormente hemos expuesto, una *inyección de morfina* vale más que todos los otros procedimientos terapéuticos.

Si la *dismenorrea* depende de la existencia de bridas que flexionan ó acodan la trompa, manteniendo el útero en posición viciosa, no existe en el momento de las reglas ningún otro medio para calmar los sufrimientos que la *medicación sedante:* morfina, opio, antipirina, etc. Toda medicación que obre sobre el sistema vascular podría determinar efectos perniciosos, por lo que nos limitaremos á obrar sobre el sistema nervioso.

Por el contrario, en el intervalo de las reglas, nos esforzaremos en suprimir la causa de la dismenorrea, lo cual consiste en el tratamiento general de la flegmasía periuterina y de sus consecuencias.

Fiebre

Algunas preparaciones de *sulfato de quinina* y de *digital* se hacen necesarias para combatir los accesos febriles demasiado violentos.

Ya hemos dado una fórmula.

Sulfato de quinina.	0 gr. 45
Polvos de hojas de digital.	0 gr. 05

Mézclese bien.—Para una oblea.

Debilidad.—Caquexia

Finalmente, el estado de decaimiento orgánico ocasionado por el dolor, la fiebre, la formación de pus, el prolongado fluir de los abscesos, el defecto ó deficiencia de la alimentación, reclaman las *inyecciones subcutáneas* cotidianas de *suero artificial*. Constituyen un grande y precioso recurso para fortalecer y reanimar á los enfermos completamente debilitados.

V

Tratamiento de algunas complicaciones

Metritis

La *metritis aguda*, ó los accesos agudos durante el curso de la *metritis crónica*, complican fácilmente las flegmasías periuterinas, lo mismo que, por reciprocidad, pueden también originarlas, como ya anteriormente lo hemos expuesto. Es muy raro que una inflamación periuterina evolucione algún tiempo sin que á lo menos provoque en cierto estado de *congestión de la matriz* que, por decirlo así, abre la puerta á las infecciones secundarias.

Si bien en este caso queda en segundo lugar, sin embargo la metritis consecutiva no ha de abandonarse por completo desde el punto de vista del tratamiento, puesto que por una especie de círculo vicioso puede en un momento dado adquirir tal predominio ó importancia que dificulte la completa curación de los accidentes. Nuestros esfuerzos tenderán precisamente á que no adquiera tal importancia, procurando que siempre permanezca en estado de fenómeno secundario. Por esto no creemos indicado intervenir por medio de los distintos procedimientos que ya hemos indicado con motivo de la terapéutica de la metritis, pero sobre todo combatiremos la *congestión* con algunas *emisiones sanguíneas*, preferentemente en la época de la aparición de las reglas, limpiaremos el cuello y el conducto cervical con las mayores precauciones y de vez en cuando haremos algunos toques de *ácido láctico* diluído en agua en partes iguales, ó de *eritrol;* por último, nos esforzaremos en mantener la mayor limpieza, cuando no la completa asepsia de las primeras vías genitales, que por cierto será bien difícil en estos casos. En una palabra, no conviene descuidar completamente la matriz en el tratamiento de las flegmasías periuterinas.

Peritonitis

La *pelviperitonitis* y la *peritonitis generalizada* se presentan á nuestra consideración como la complicación más temible. A la menor sospecha prescribiremos la *inmovilidad absoluta*, el *opio* al interior, el *hielo y el colodión*, siguiendo los medios que describimos más adelante á propósito de la pelviperitonitis.

Vómitos

Sucede á veces que las enfermas con flegmasía periuterina son presa de repetidas náuseas acompañadas de vómitos, que son especialmente muy molestas por el estado abdominal; la más ligera comida provoca intolerancia gástrica con aumento de la sensibilidad en la pelvis. Vale más no insistir y suprimir sencillamente toda alimentación durante veinticuatro ó cuarenta y ocho horas; permitiremos un poco de agua fría, después algunos sorbos de leche y calmaremos el estado gástrico con la administración del *cannabis indica* ó bien con algunas *gotas blancas* que dan bastante buen resultado.

Clorhidrato de morfina.	0 gr. 10
Agua de laurel-cerezo.	5 gramos

H. s. a. solución.

Se tomarán dos gotas en un pequeño trozo de azúcar varias veces al día.

Rectitis glerosa. — Tenesmo anal

La presencia de una masa inflamatoria, que circunda el recto y á veces le comprime, determina fenómenos de *rectitis glerosa*, una de estas *diarreas disenteriformes* como las llamaba Lasegue y que son muy especialmente desagradables y molestas; los acompaña un *tenesmo anal* que es causa de continuos enojos para las enfermas, molestadas frecuentemente por estas falsas necesidades. Los *enemas con almidón* ó *con opio*, los *lavados del recto con agua caliente*, los *supositorios opiados, cocainizados* ó *belladonados* calman estos fenómenos. En muchos casos hemos obtenido muy buenos resultados con *enemas calientes* de una *solución gelatinada*

Gelatina blanca.	5 gramos
Agua.	250 —

Disuélvase.

que la mujer retiene el mayor tiempo posible.

Tenesmo vesical

El *tenesmo vesical*, la *disuria* necesitan también su tratamiento habitual, la aplicación de cataplasmas en el hipogastrio, el empleo de bebidas emolientes, etc. Gallard las combatió con éxito por medio del *bromuro de potasio* á la dosis de 1 á 2 gramos.

Supuración

Cuando la flegmasía periuterina llega á supurar y el pus está coleccionado, es bien raro que el médico no se crea obligado á intervenir quirúrgicamente. Mientras tanto, ser ecomendará una inmovilidad todavía más absoluta que antes y se procurará evitar todos los movimientos ó esfuerzos que puedan hacer temer que la colección purulenta se abra en el peritoneo, exponiendo la irrupción del pus á peligros mortales.

El momento oportuno para practicar la intervención, y las reglas que han de seguirse para la elección del procedimiento operatorio para dar salida al pus ó para quitar el órgano que contiene la colección purulenta, varían según la naturaleza de la flegmasía; el juicio que merecen las distintas consideraciones que deben tenerse en cuenta y la crítica de las indicaciones, constituye con toda seguridad uno de los puntos más delicados que se ofrecen á la consideración del cirujano, pero no son de nuestra incumbencia.

Cuando el pus se abre espontáneamente una vía á través de los órganos y el absceso queda en permanente comunicación con las cavidades vaginal, uterina, intestinal ó vesical, y si las circunstancias se oponen á que pueda corregirse este estado por medio de una operación, siempre podrán temerse las consecuencias de una supuración prolongada y los peligros de múltiples infecciones. Procuraremos evitar los efectos observando las precauciones antisépticas que sean posibles según el sitio de los trayectos fistulosos y, por otra parte, sostendremos al organismo con una *medicación* y una *higiene tónicas*.

Todavía en estas circunstancias podemos sacar gran partido del *tratamiento hidrólogico*.

VI

Tratamiento de algunas consecuencias tardías

Bridas

Hemos tenido ya ocasión de hablar repetidas veces de las bridas y adherencias que se forman consecutivamente á las flegmasías periuterinas. De un medio disponemos para modificarlas, que ha comenzado por cierto á vulgarizarse, sobre todo desde estos últimos años: es el *masaje ginecoló-*

gico. Remitimos al lector á los tratados especiales, que explican las diversas maneras de practicar este masaje, pues creemos que sólo un práctico perito en la materia puede sacar de las distintas maniobras que se ejecutan los buenos efectos que es lógico esperar.

Dislocación del útero y de los anexos

Las *dislocaciones* y *desviaciones* de la matriz provienen las más de las veces de flegmasías periuterinas. Cuando llaman la atención los accidentes inflamatorios del período agudo, no nos ocuparemos de las dislocaciones uterinas, puesto que desempeñan todavía un papel de escasa y secundaria importancia. Pero al atenuarse en sus manifestaciones los fenómenos iniciales, no debe rechazarse deliberadamente el pesario por el sólo motivo de que la enferma tiene una salpingitis ó una perimetritis. Vamos en este particular de completo acuerdo con Pichevin; se dan casos, en efecto, en que puede ensayarse el enderezamiento y colocar un pesario, siempre que no despierte dolor alguno, pero en la inteligencia de que han de practicarse las maniobras con la mayor prudencia y precaución, requiriéndose ciertamente alguna práctica en estas intervenciones.

VII

Cuidados higiénicos

Alimentación.—Género de vida.—Ejercicios

Las *precauciones higiénicas* que deben observarse en los casos de flegmasías periuterinas varían necesariamente según las diversas fases de la enfermedad.

Ya desde *un principio*, con todo rigor, así que el período de invasión se manifiesta por fenómenos febriles, acompañados de cefalalgia, inapetencia, de algunos síntomas de empacho gástrico y á veces también de náuseas y hasta vómitos, la *alimentación* habrá de ser muy ligera. Se dará á la enferma un poco de leche, caldo, huevos, limonadas fuertes ó ponches ligeros, dejando transcurrir algunos días antes de aumentar progresivamente la importancia de las comidas.

Más tarde, se variará totalmente de procedimiento, pues á menos que sobrevenga un nuevo brote que provoque la exacerbación de los accidentes, es preciso instituir una *alimentación tónica y reparadora*, y si la inapetencia y la aversión á la comida continuasen, se escogerán aquellos alimentos que halaguen el paladar de la enferma y sean al mismo tiempo suficientes para alimentarla.

Durante la evolución de la enfermedad, el *estreñimiento* es un síntoma muy contrario á la atenuación de las molestias, y por otra parte, muchos médicos intentan por medio de una derivación intestinal disminuir la intensidad de los fenómenos congestivos. Conviene, sin embargo, hacer constar que en ciertos casos en que pueda temerse la propagación de la inflamación hasta invadir el peritoneo, ó bien si se desea que el intestino quede completamente inmóvil, es preferible, durante algunos días, recetar las *píldoras de opio*, que entretienen la constipación. Hecha esta salvedad, convendrá purgar suavemente á la enferma, ya con un poco de *aceite de ricino* ó con *calomelanos*. Los calomelanos eran con mucho preferidos antiguamente, porque, aparte sus propiedades purgantes, «desobstruyen las venas de la pequeña pelvis obrando sobre el hígado.» Pero hoy día las propiedades colagogas de los calomelanos se tienen por dudosas.

Se aconsejará á la enferma que se resguarde del *frío* y, en general, de todo lo que sea susceptible de fluxionar la pequeña pelvis. Bueno será, por tanto, que lleve una *faja de franela* ó, como le será indispensable á veces, un *cinturón hipogástrico*, el cual, para ser bien tolerado, no debe causar molestia ni producir sensación alguna en la región; es mucho más difícil confeccionar un cinturón para una mujer que sufra de flegmasía, por antigua que sea, que si se tratara de una visceroptosis ó desviación uterina.

Suscítase, por último, una de las cuestiones más delicadas. ¿En qué tiempo podrá la enferma dedicarse otra vez á sus sencillas ocupaciones? ¿Habrá de permanecer siempre acostada ó echada por lo menos en una silla de extensión ó qué resultado favorable ó perjudicial podría seguírsele de hacer algún pequeño ejercicio? Desde luego, al cabo de algunos meses será completamente imposible mantener quieta á la enferma, pues no hay mujer, por paciente que sea, que no se rebele si después de ese tiempo se le continúa prohibiendo el menor movimiento, trabajo y la más pequeña distracción, exponiéndola de este modo á una recaída. De otra parte, las condiciones sociales tienen también sus exigencias.

Siguiendo el parecer unánime de los autores, no nos cansaremos de recomendar la calma, el reposo físico y moral, la abstención de toda fatiga, etc.; pero comprendemos también que llega un momento en que el

estado general de la mujer merece igualmente ser atendido; de tenerla demasiado tiempo acostada se corre el peligro de que los beneficios del sistema no compensen ni con mucho los inconvenientes y perjuicios que le ocasionan tan larga permanencia en cama. Dicho se está, sin embargo, que habrá de evitar toda clase de esfuerzos, las exageraciones inútiles, y se la sacará al *aire libre*, primero en una silla de reclinación ó en un carruaje que no dé *ninguna sacudida*, comenzando después á *andar* despacio. Si el andar le causa dolor, Gaillard Thomas lo prohibe en absoluto; pero si le prueba y no le despierta ninguna sensación penosa, autoriza los paseos de una á dos horas. Esta conducta nos parece prudente, puesto que al fin y al cabo si se exige demasiado de una enferma acaba por no conseguirse nada.

VIII

Tratamiento de la ovaritis

Las consideraciones expuestas á propósito del tratamiento de las flegmasías periuterinas en general nos dispensa de entrar ahora en largas disquisiciones, limitándonos á hacer referencia á aquellos puntos especiales del tratamiento que debe instituirse según la localización anatómica de la enfermedad.

Ciertas indicaciones, en efecto, derivan más especialmente de la naturaleza misma de la afección, y tal procedimiento, por ejemplo, que resultaría de poco valor y eficacia ante una pelviperitonitis, tiene, por el contrario, verdadera importancia cuando hay que tratar una ovaritis.

A. — Tratamiento de la ovaritis aguda

Difícil es diagnosticar la *ovaritis aguda* de una manera clara y precisa.

Entre los brotes muy intensos de la *hiperemia ovárica* y esa enfermedad tan especial de la ovulación, conocida por la *ovaritis menstrual*, existen muchos puntos de contacto, y poco falta también para que se confundan con la *apoplejía del ovario*. Pero ya hemos dado, al tratar de la *pubertad*, suficientes detalles patológicos y terapéuticos para no tener que incurrir en repeticiones.

Fáltanos únicamente considerar la *ovaritis inflamatoria* de origen infeccioso, las lesiones del ovario provenientes de propagaciones flegmásicas

vecinas ó de embolias microbianas. La ovaritis inflamatoria raras veces va sola; frecuentemente complica alguna otra alteración del aparato genital, si bien que por los dolores y trastornos menstruales que provoca es susceptible de adquirir en su conjunto sintomático un papel preponderante.

El *dolor*, síntoma penoso que se presenta ya espontáneamente ó bien provocado por la menor presión ó el más leve contacto, «bien precisado», según la expresión de Gallard, que lo comparaba con el que provocan las inflamaciones del testículo, es lo que principalmente hemos de combatir.

Aparte de los medios indicados al tratar de las flegmasías, hay que hacer hincapié, una vez por todas, ya que no hemos de volver sobre lo mismo, en las *emisiones sanguíneas*, que se practican casi siempre por medio de ventosas escarificadas; el estado general y la complexión más ó menos robusta de la enferma es lo que debe guiarnos para repetir con mayor ó menor intervalo la operación. Después emplearemos los *vejigatorios* curados con *morfina*, siendo éste uno de los raros casos en que empleamos los pequeños vejigatorios, porque tienen la ventaja de poderse multiplicar rápidamente por toda la zona afecta y á lo largo de la región en que radican las *neuralgias lumboabdominales*, que se encuentran con tanta frecuencia en el cuadro de la ovaritis aguda. A ejemplo de Aran, por medio de un espéculo introducido con las mayores precauciones, pondremos *láudano* en los fondos de saco y por encima polvos de *arroz* ó de *almidón*. La vagina tolera perfectamente cierta cantidad de láudano, sin peligro alguno. Se han elogiado también una especie de *cataplasmas vaginales*, que consisten en pequeños saquitos cubiertos de muselina que contienen harina de linaza, aromas, etc.; más sencillo es prescribir *supositorios vaginales* á base de morfina, cocaína, etc., y muchas veces bastará simplemente la *inyección de morfina*.

Además, se atiende igualmente á la medicación sedante por la absorción gástrica y por la vía rectal.

Las *metrorragias*, cuando reclaman un tratamiento, se mejoran más bien con la *digital* que con la *ergotina;* el *hidrastis* produce asimismo buenos efectos. Pero ante todo conviene á la enferma el *reposo absoluto*.

B. — Tratamiento de la ovaritis crónica

Cuando la ovaritis es crónica, difiere algún tanto la conducta que hay que seguir; por de pronto, el reposo absoluto no puede continuarse indefinidamente, y ya hemos explicado antes los motivos. Habrá de guardarse por lo menos durante las reglas, permaneciendo la mujer acostada

ó echada en una silla de extensión así que se observen los primeros síntomas del molimen catamenial. Si algunos días antes de la aparición de las reglas los *dolores* fuesen tan vivos que atormentaran mucho á la enferma, se le hará una aplicación de *sanguijuelas* ó *escarificaciones* en el cuello, ó bien se praticarán *emisiones sanguíneas* en el hipogastrio, con lo cual cede ó se atenúa cuando menos la intensidad de la *dismenorrea congestiva*. Esta dismenorrea se calma otras veces con la *hierba cana*, el *cannabis* y los diversos remedios estudiados en el capítulo de los *dolores menstruales*.

Las *neuralgias*, las *metrorragias* y los diversos *trastornos de la menstruación* exigen para su tratamiento ciertos cuidados que nos son ya, por lo que llevamos expuesto, conocidos; conviene insistir, sin embargo, en el tratamiento por medio de la *opoterapia*.

La *opoterapia ovárica* en particular ha dado en muchos casos magníficos resultados; y gracias á ella, varios son los autores, nosotros con ellos, que han visto disminuir y hasta desaparecer las pérdidas hemorrágicas, regularizarse los períodos menstruales y atenuarse mucho también los dolores á su aparición, en el curso de lesiones ováricas ó tubo-ováricas, de metritis complicadas con alteraciones de los anexos, etc., etc.

Tenemos para esto un remedio que, si no de eficacia absoluta, alivia muchas veces y es siempre completamente inofensivo.

La *opoterapia tireoidea* ha sido aconsejada por Hertoghe, quien dice que en buen número de casos «la ovaritis crónica reconoce por causa el empobrecimiento tireoideo.»

Y últimamente Mallet dice haber obtenido muy buenos resultados con el extracto de *glándula parótida*.

La posología de estos diversos procedimientos *opoterápicos* se ha descrito anteriormente.

La *revulsión* por medio de los *vejigatorios*, la *tintura de yodo* y los *puntos de fuego*, se continuará al tenor de las indicaciones cotidianas.

Dos veces por semana se introduce en la vagina una torunda de algodón hidrófilo empapada de *glicerina á base de ictiol* al 10 ó 20 por 100.

Las *compresas húmedas* de Priessnitz, de que hemos hablado al tratar de la terapéutica aplicable á las falsas uterinas, se recomiendan también por varios médicos en el tratamiento de la ovaritis crónica.

El *prolapso de los ovarios* enfermos (que se observa frecuentemente en las desviaciones hacia atrás de la matriz) no constituye siempre una contraindicación para el uso del pesario, antes al contrario, muchas veces resulta de positivas ventajas.

Finalmente, es de recomendar á la enferma, entonces más que nunca, que procure evitar la constipación, las fatigas de todas clases y todas las excitaciones físicas é intelectuales capaces de determinar una *congestión genital* que ataca generalmente á los ovarios.

IX

Tratamiento de la salpingitis

El tratamiento médico de la *salpingitis*, universalmente seguido en las primeras etapas de la enfermedad, puesto que ciertamente no cabe intervenir con una operación desde el principio de los fenómenos inflamatorios, puede prestar también grandes servicios en las sucesivas y ulteriores fases de la misma.

Sin embargo, cuanto más distantes están los fenómenos iniciales, menores son las probabilidades de curación; las lesiones se extienden, adquieren consistencia, se forman bridas, los derrames se enquistan en bolsas gruesas y la retrocesión de todas esas alteraciones y desórdenes es mucho más difícil de obtener.

El tratamiento médico para que resulte verdaderamente eficaz, debe instituirse cuando las trompas no están todavía demasiado alteradas. La trompa que contiene pus, por ejemplo, al cabo de un tiempo variable, pero generalmente corto, se modifica grandemente en su permeabilidad y textura; contrae adherencia con los tejidos inmediatos, se vuelven gruesas sus paredes y su conducto se cierra á nivel de los orificios.

Compréndese, por tanto, que el tratamiento médico habrá de ser entonces puramente paliativo.

De todos modos, siempre que seamos llamados por una *salpingitis aguda reciente*, los cuidados que debemos observar son los mismos que para toda flegmasía periuterina que comienza. El reposo, la antisepsia de las vías genitales, las irrigaciones, la revulsión, la medicación general, etc., están perfectamente indicados en estos casos como en cualquier otro estado inflamatorio de las regiones que rodean á la matriz.

Acontece también, como ya hemos dicho, que merced á abundantes irrigaciones vaginales calientes, de tres cuartos de hora á una hora y hasta hora y media de duración, se opera una notable disminución de los accidentes.

Durante la noche aconsejamos con bastante frecuencia la práctica de

Alberto Robin, que consiste en cubrir el vientre con compresas de tela ó de franela empapadas de una solución que contenga 25 gramos de sales de Salies de Béarn por 100 gramos de agua. Encima de las compresas se pone tafetán, algodón y una faja ó venda de franela, dejando el apósito toda la noche.

Varios son los síntomas que por su intensidad llaman á veces nuestra atención; entre ellos podemos citar el *dolor*, los *cólicos salpingianos*, que calman la *morfina*, los *opiados*, las *pomadas con beleño* ó con *belladona*, etc.; las *hemorragias* cuando por su abundancia merecen ser tratadas, las *neuralgias*, etc., pero conviene no olvidar tampoco que en varios casos de lesiones útero-anexiales la *opoterapia ovárica* ha determinado una positiva mejoría de los síntomas dolorosos y hemorrágicos.

Más adelante, si las circunstancias lo permiten, combinando esos diversos medios con un *tratamiento hidrológico*, la *electricidad* ó el *masaje*, es relativamente fácil conseguir la curación de las enfermas, á lo menos hasta cierto grado; es decir, que la salpingitis ha dejado de ser para la enferma causa de peligros y de continuos é intensos padecimientos. Continúan, es cierto, sufriendo todavía algunas molestias, motivo por el cual les recomendaremos ciertas precauciones y una serie de cuidados de vez en cuando; pero la vida, en general, ya no está amargada por aquellas crisis perpetuas ó amenazas de peligro inminente, y las mujeres no abandonan del todo su esperanza de llegar á la maternidad. Esta consideración es de indudable importancia.

Otras veces el tratamiento médico no da ningún resultado, y si los acontecimientos se precipitan, no hay que perder divagando un tiempo precioso; antes bien, conviene llamar al cirujano así que se crea oportuno.

Dilatación.—Drenaje

Hay maniobras que deben los médicos saberlas practicar, ya que pueden resultar de grande utilidad en ciertas salpingitis.

Nos referimos á la *dilatación* y al *drenaje* de la cavidad uterina, que diversos autores combinan con el *raspado*.

No vamos á discutir ahora cómo obran esos procedimientos; pero ya sea desobliterando las trompas, enderezando la matriz, favoreciendo la reabsorción por la vía linfática de los productos exudados, ó bien, como dice Pozzi, curando simplemente la metritis, es lo cierto que producen excelentes efectos, si bien en casos muy determinados.

Repetidas veces hemos señalado los peligros á que se expone á la

enferma de intervenir en la cavidad uterina cuando hay *pus en los anexos ó alrededor de los mismos*. La dilatación y el drenaje, aun siendo operaciones de poca importancia, no dejan de ofrecer sus peligros; hay que recordar también que cuando una colección purulenta está enquistada en una bolsa de paredes gruesas, corremos el riesgo de fracasar, además de exponer á la enferma á accidentes de suma gravedad.

Sin embargo, Labadie-Lagrave y Legueu en particular, refieren que han logrado vaciar de este manera colecciones hemáticas y purulentas.

Creemos con todo más racional y prudente reservar la dilatación y el drenaje para las *salpingitis catarrales*. Hecha esta salvedad, participamos en un todo de la opinión de Labadie-Lagrave y Legueu, que practican ampliamente la *dilatación*, haciéndola seguir de un *drenaje prolongado con gasa yodofórmica*. Conviene, al hacer esas diferentes maniobras, no tirar demasiado del cuello á fin de no exasperar la flegmasía periuterina con la dislocación de los órganos. Compréndese perfectamente que, guardando esas precauciones, algunos médicos aconsejan terminar las distintas operaciones con un raspado practicado según las reglas; pero ¿es absolutamente necesario?

Merced al drenaje irán disminuyendo progresivamente las tumefacciones que se habían observado en los fondos de saco, y se termina el tratamiento con los diversos medios terapéuticos de que podemos disponer.

Raspado

Aunque no consideremos el raspado como una de las formas del tratamiento de la salpingitis, se dan casos en que cabe discutir su intervención contra una metritis complicada de flegmasía periuterina.

Cuando hay pus en los anexos, no conviene el raspado, medida de prudencia exenta seguramente de reparos. Pero si la metritis va tan sólo acompañada de salpingitis catarral ó parenquimatosa, se explica entonces perfectamente la disparidad de criterio, y son muchos los médicos que no vacilan en practicarlo. De todos modos, la existencia de una lesión anexial inflamatoria aun cuando no sea supurada, impone ciertas reservas, pues el temor de provocar una infección de la matriz á consecuencia del traumatismo operatorio y de herir los órganos predispuestos por una alteración anterior, infunde siempre cierto respeto.

Sea cual fuese la índole de la flegmasía periuterina, siempre es para nosotros motivo de incertidumbre y recordamos perfectamente el caso de aquella mujer que, en la clínica de uno de nuestros profesores, se vió

atacada de accidentes muy graves á consecuencia de la ablación de un pequeño pólipo fibroso. Tenía en un fondo de saco una pequeña masa tubaria que se creía desinflamada y de ninguna importancia; pero con las maniobras propias de la intervención, se exacerbó de tal modo que puso en peligro la vida de la enferma.

Indicaciones operatorias en las salpingitis

No hay que olvidar que la salpingitis, en un momento dado, entra de lleno en los dominios de la cirugía, y el médico, basándose en un conjunto de síntomas, comprenderá cuándo la operación no puede ya diferirse por más tiempo.

Aparte de la existencia de un tumor ó tumores bilaterales, se encuentran otras indicaciones derivadas de varios fenómenos que hacen aconsejar la intervención del cirujano. La persistencia de los dolores, su reaparición inevitable é intensa á consecuencia de la estación bípeda algo prolongada ó de la marcha, los signos de compresión, los trastornos digestivos sobre todo, la pérdida del apetito, los trastornos vesicales, las metrorragias repetidas que no pueden atribuirse á lesiones uterinas y, por último, la progresiva displicencia, demuestran que el estado local no mejora y el general corre peligro.

Si bien la salpingitis no debe operarse ciegamente, conviene conocer también los casos en que es peligroso diferir por demasiado tiempo una intervención necesaria.

X

Tratamiento de la pelviperitonitis

Poco nos falta añadir ahora respecto de la *pelviperitonitis*.

Cuando reviste caracteres alarmantes, y con mayor razón desde que la enfermedad se declara, hay que introducir algunas modificaciones en el tratamiento de las flegmasías periuterinas en general.

Ya no es el reposo sino la *inmovilidad completa* la que ha de prescribirse á la enferma; por esto se prescinde en absoluto de los baños, á fin de evitar cualquier movimiento intempestivo, y también porque los tópicos calientes y emolientes se substituyen por las aplicaciones de hielo.

Día y noche se aplicará sobre el hipogastrio una *vejiga de hielo* colocada de manera que cubra una extensión algo regular, pero sin

que pese mucho; por medio de alambres circulares y colocados algo espesos ó de ballenas replegadas introducidas en la vejiga, puede dársele una forma que le permita obrar sobre un espacio ó extensión considerable y que quede al mismo tiempo suspendida de un aro. Para que se conserve su eficacia, es menester que la acción del frío sea *continua,* pues las interrupciones con las alternativas de calor y frío que provocan son muy molestas.

Al mismo tiempo empleamos muchas veces la *cura de colodión*, tal como aconsejaba Robert de Latour, que consiste en practicar por todo el abdomen una embrocación de capa gruesa y resistente, desde el apéndice xifoides al pubis, extendiéndose por detrás hasta los riñones, de manera que el vientre, las regiones laterales y los lomos quedan circuidos por un cinturón elástico de colodión suficientemente alto para cubrirlo del todo. Sólo de este modo disminuye el abultamiento abdominal y se inmovilizan los intestinos.

La medicación purgante será abandonada, substituyéndose los calomelanos y el aceite de ricino por el *opio* á la dosis de *diez centigramos* aproximadamente de *extracto tebaico*, espaciados durante el día; las *inyecciones de morfina* calman mejor el dolor, pero en cambio no entretienen tanto las materias fecales, una de las cosas que se trata de conseguir.

La mujer se contentará con tomar un poco de leche helada, y á medida que los accidentes se atenúen y se establezca la tolerancia para los alimentos, podrán éstos aumentarse paulatinamente.

Importa vigilar, por último, que la orina no se detenga en la vejiga, para lo cual se hará preciso á menudo *sondar* á la enferma mañana y tarde.

Cuando los fenómenos agudos han cedido algo se vuelve á la *medicación revulsiva* que momentáneamente se había suspendido, y el tratamiento de la *pelviperitonitis* se confunde entonces con el de las *flegmasías periuterinas subagudas ó crónicas en general.*

CAPITULO VIII

ALGUNAS APLICACIONES DEL AGUA EN GINECOLOGÍA

I

Consideraciones generales

Antiguamente los autores no llegaron á sospechar el auxilio que había de prestarnos el agua en el tratamiento de las enfermedades de la mujer. A buen seguro que las inyecciones entraban en sus sistemas de tratamiento, pero se preocupaban sobre todo de las substancias que incorporaban al agua, y variando las soluciones, infusiones y cocimientos, procuraban obtener los más diversos resultados. Así es como la *inyección calmante* para la matriz (1) contenía jugo de hierba mora depurado con dos ó cuatro granos de opio; la *inyección detersiva*, cocimiento de cebada y suero lácteo, hojas de sanícula y agrimonia, puntas de corazoncillo y raíces de aristoloquia redonda; la *inyección astringente* estaba compuesta de raíces de bistorta y tormentilla, corteza y flores de granado, sangre de drago con alumbre pulverizado. Pero el *agua común* por sí sola, como ellos la designaban, les parecía á la mayoría inútil emplearla y de todos modos completamente desprovista de eficacia.

De manera que hasta época reciente no se ha puesto especial empeño en multiplicar los efectos de las diferentes aplicaciones del agua, aplicando á la ginecología las reglas estudiadas y establecidas por Fleury en hidroterapia general.

No vayamos á creer por esto que esas reglas sean ya definitivamente aceptadas, antes al contrario, su modo de obrar y en su consecuencia las indicaciones que de ello resultan para el tratamiento de afecciones á veces

(1) Lieutaud.— *Matière médicale*, t. III, pág. 141 y siguientes, París, 1777.

muy diversas, así como las ventajas ó los inconvenientes de las múltiples aplicaciones del agua, son aún hoy día muy discutidas.

Autores hay, algo exclusivistas, que se atienen solamente á una de las aplicaciones que les ha dado buenos resultados: agua caliente y baños calientes, por ejemplo. Otros, muy eclécticos, emplean sucesivamente toda una serie de procedimientos sin regirse por ninguna ley fija y bien determinada.

El asunto ciertamente se presta bien poco á ser precisado en fórmulas, y si el acuerdo entre los autores no ha llegado á obtenerse, es debido á que las indicaciones varían, no tan sólo con las diversas enfermedades, sí que también según los individuos; en nuestras prescripciones no deberemos guiarnos simplemente por el aparato útero-ovárico, sino que atenderemos asimismo al estado general del organismo, á las reacciones que provienen de la edad, de la salud, del neuroartritismo, del linfatismo, etc. Por desgracia, el sistema no ha entrado en la práctica corriente de la medicina moderna, lo que constituye verdaderamente un perjuicio, puesto que viene á ser un gran recurso contra las enfermedades de la mujer.

En este punto no podemos abrigar la pretensión de tratar cumplidamente la materia, y sólo es nuestro objeto exponer las reglas que nos sirven de guía en gran número de casos y la manera como procedemos.

Podemos utilizar los efectos del agua:

A.—En sus aplicaciones locales: *inyecciones, duchas locales, baños de asiento, compresas húmedas, sacos de agua caliente,* etc., etc.

B.—En sus aplicaciones generales: *baños generales, duchas generales.*

Las aplicaciones locales y los baños generales son los que nos interesan preferentemente, sin olvidar por esto las duchas generales; pero como su estudio entra de lleno en la hidroterapia, no hay necesidad de detenernos en su descripción.

Hay que citar en primer lugar las reglas de general aplicación á todos los casos y á todos los individuos.

Estos casos se refieren:

A.—A los grados de temperatura del agua;

B.—A la duración de su aplicación;

C.—Y á la presión que ejerce el agua sobre el cuerpo ó una parte del mismo.

Examinemos rápidamente esas reglas y apliquémoslas de la hidroterapia general á la práctica de la ginecología.

I.—AGUA FRÍA.—La *aplicación corta* de agua fría constriñe los vasos de las partes sometidas á su acción y repele la sangre hacia los órganos profundos fluxionándolos; y una vez terminada dicha aplicación, vuelve la sangre por expansión á los vasos periféricos: tal es la *reacción circulatoria*, cuya principal ventaja, por lo que se refiere á la matriz, que es lo que nos interesa más especialmente, es de activar la circulación capilar, y así, por ejemplo, en los casos de congestión con tendencia fija y tórpida, estimulará los infartos por sus alternativas de depleción y expansión bruscas.

La *aplicación corta* de agua fría quita también calórico á la superficie y aumenta el calor interior; una vez terminada la aplicación, el exceso de calor interno vuelve á la periferia, disminuyendo á su vez la temperatura interior; es ésta la *reacción térmica* de la que sacamos poco provecho en las prácticas *locales* de ginecología. Sin embargo, la reacción térmica estimula las combustiones, la oxigenación y la respiración; aumenta la vitalidad del organismo (Huet), y ese resultado de la hidroterapia *general* es altamente beneficioso para nuestras enfermas.

Estas aplicaciones cortas de agua fría y á bastante presión sobre los tejidos, son, por lo tanto, *tónicas y excitantes* (Tartivel en el *Dictionnaire Dechambre*).

La aplicación *prolongada* de agua fría mantiene los vasos *periféricos* en estado de contracción, descongestiona los tejidos que baña é impele la sangre hacia la profundidad de los mismos. Mas, para aprovecharse de esta influencia descongestionante, es menester que la aplicación sea duradera para que la reacción circulatoria no pueda producirse, y que el período de expansión vascular exagerada no subsiga á la depleción anémica.

Merced á estas precauciones, las aplicaciones prolongadas de agua fría (de cinco á diez minutos y más), bañando los tejidos sin percutirlos, producen efectos *sedantes* y pueden utilizarse para combatir las hiperemias, ciertas flogosis y también algunas manifestaciones hiperestésicas y dolorosas. Ya veremos luego las precauciones que han de observarse en su empleo.

Por ahora bastará señalar los efectos á distancia producidos por el agua fría, cuyas indicaciones y peligros se exponen en diversos puntos de la obra, por ejemplo, el efecto que los pediluvios y maniluvios fríos producen en los casos de hemorragias normales ó patológicas del útero.

II.—AGUA CALIENTE.—En sus aplicaciones generales (que nos interesan principalmente por los baños calientes y los sacos de agua caliente, etc.) el agua caliente eleva la temperatura, produce irritación y

rubefacción en los tejidos con que se pone en contacto, los congestiona, y merced á la dilatación vasomotriz de los vasos superficiales, produce efectos *revulsivos* y *derivativos*.

Determina también una excitación general.

Localmente sobre la matriz, Max Rünge ha demostrado que el agua *muy fría* ó *muy caliente* despierta los mismos fenómenos, *contracciones musculares prolongadas sin parálisis secundaria.*

III.—AGUA TIBIA.—El agua tibia, demasiado olvidada en ginecología, relaja la piel, los músculos, las fibras contráctiles y reblandece los tejidos. Calma, además, el dolor y la excitación nerviosa y disminuye la flogosis.

Su acción es eminentemente *sedante* y tendremos que emplearla con mucha frecuencia.

II

Inyecciones

I.—ACCIDENTES DE LAS INYECCIONES.—Las inyecciones provocan accidentes cuya frecuencia ciertamente se ha exagerado; no son por eso menos de temer y es preciso conocerlos para que pueda evitarse su aparición. Unos, en efecto, dependen de la excesiva presión que ejerce á veces el líquido sobre las vías genitales; otros accidentes son debidos á la temperatura demasiado caliente ó demasiado fría del agua empleada, y los hay, por último, que han de atribuirse á algunas circunstancias á las que no se concede la debida importancia, tales como la abertura del cuello, heridas anfractuosas, núcleos de peritonitis localizada, etc.

Basta estar prevenido para obrar con prudencia; así, pues, cualquiera que sea el aparato que se emplee para dar las inyecciones, conviene asegurarse antes de que la presión del líquido puede regularse, aumentándola ó disminuyéndola á voluntad, con toda comodidad, y sin que nada se oponga á la fácil salida del agua fuera de la vagina. Cuando se deseen obtener presiones muy considerables, se procederá por modo progresivo las primeras veces tanteando la susceptibilidad de la enferma, pues acontece á veces que sobrevienen violentos *dolores* abdominales, súbitos, acompañados de *síncopes, vómitos* y *escalofríos;* después las mujeres se quejan de *frío* en las extremidades y caen en *postración* y *colapso*, hasta llegar á la *muerte* en los casos desgraciadamente muy graves, ó se declara una *peritonitis* (Teilhaber, Gaillard-Thomas). Todo esto se atribuye al *choc*,

á la sensibilidad especial del individuo, etc., que para el caso es lo mismo.

Nosotros conocemos casos en que los accidentes provenían de una gran *distensión de la vagina* rodeada de núcleos inflamatorios preexistentes, de focos de peritonitis localizada, cuya marcha lenta sufrió un verdadero latigazo con esa especie de traumatismo.

Se citan también en todas partes casos de *muerte* por *penetración* del líquido y hasta del aire en las *venas*, en individuos cancerosos, por ejemplo; á esta penetración, bastante difícil de poner en evidencia, se atribuyen quizá los casos en que la muerte provenía de embolias ó de cualquiera otra causa susceptible de provocarla en el curso de los cánceres ó de las heridas con divertículos. Más real y positivo es el temor de que *penetre* el líquido *en la cavidad de la matriz* á través de un cuello abierto. Por la costumbre de practicar el lavado intrauterino no consideramos esta complicación peligrosa; pero esto es un error, porque practicamos el lavado intrauterino en condiciones de limpieza absoluta con un líquido aséptico, y tenemos gran cuidado de que la salida del líquido del interior de la matriz se verifique sin obstáculo y siempre de una manera proporcionada á la entrada, mientras que, en la inyección vaginal, el agua penetra en el útero sucia ó infectada, y si tiende constantemente á entrar encuentra obstáculos para la salida; de ahí provienen dos peligros; la *contaminación* y la *presión*, que aumenta, y no sin motivo se teme el paso del agua al útero y de allí á las trompas hasta el peritoneo.

Hemos de señalar también por vía de recuerdo la penetración de la punta de la cánula en el orificio del cuello.

Aparte de los síncopes y del colapso, Snéguireff ha observado, durante ó después de las inyecciones calientes, accidentes que atribuye al reflujo en la circulación general de la sangre contenida en los vasos pelvianos: *angustia*, *disnea*, *palpitaciones*, *vértigos;* así como también en el peritoneo colecciones tubarias y pequeñas complicaciones desprovistas de gravedad, tales como el *exantema pruriginoso, flictenas*, *vaginitis exfoliatriz*.

Para que las inyecciones resulten eficaces (colocada la enferma en posición horizontal), el médico habrá de indicar la temperatura y la presión del agua empleada, según la naturaleza y fase de la afección.

II.—**INYECCIONES DE AGUA FRÍA.**—La experiencia clínica demuestra que el agua fría empleada en inyecciones vaginales produce los efectos que eran de esperar según las reglas generales antes expuestas. Sin

embargo, las indicaciones y contraindicaciones varían según las enfermas y las enfermedades.

A. — La inyección de agua fría *largo tiempo prolongada*, saliendo el líquido de una manera *suave* y *sin proyección violenta*, da por resultado la *descongestión* del útero. Merced á esta acción sobre los vasos, la inyección se convierte en *hemostática* y por el mismo motivo se considera por muchos autores *antiflogística* y de consiguiente *sedante*.

En nuestra opinión, sus propiedades hemostáticas son indiscutibles, pero no nos parece sedante en todos los casos.

Se prescribe con gran éxito para combatir las *metrorragias*, pero conviene hacer algunas salvedades; en efecto, las metrorragias de origen neuroartrítico, las que dependen ó van acompañadas de neuralgias de la pequeña pelvis, y sobre todo las provocadas por ovaritis menstruales ó de otro género, ó también las que suceden á flegmasías periuterinas, etc., experimentarán seguramente la influencia descongestionante del agua fría. Pero ¿no se correrá el peligro de despertar los dolores neurálgicos ováricos ó de agravar la inflamación periuterina?

En el curso de una peritonitis general ó localizada, á nadie se le ocurrirá aplicar sobre el abdomen una vejiga de hielo para quitarla á los veinte minutos ó media hora; las transiciones bruscas producen, como es sabido, muy malos resultados. Lo mismo ocurre, á nuestro parecer, con las inyecciones frías cuando no todo depende de la matriz; no resultan de utilidad en todos los terrenos ni en todas las afecciones.

Son buenas contra las pérdidas hemorrágicas de la *metritis crónica*, y obran favorablemente al mismo tiempo sobre la matriz cuando está fungosa, blanda con úlceras atónicas que no tienen ninguna tendencia á la reparación. Las hemos visto prescribir con éxito por uno de nuestros maestros en la *metritis subaguda*.

Se ha reconocido siempre su eficacia en estos estados que se denominaba antiguamente *infarto uterino*, nombre que evoca hoy día en nuestro espíritu la idea de un elemento de congestión con tendencia crónica, tenaz, difícil de desfluxionar; congestión que observamos en mujeres linfáticas, flojas ó visceroptósicas; en falsas uterinas de origen dispéptico, etc. Gallard las preconizaba mucho en las *desviaciones* uterinas con ó sin hemorragias.

B. — Al contrario, la inyección de agua fría *corta* y á *fuerte presión* (que se aproxima á la ducha ascendente, pero es de más fácil manejo) excita primero la contractilidad muscular y vascular, y favorece luego un movimiento de reacción que va acompañado de dilatación vasomotora y de hiperemia uterina consecutiva.

La prescribimos también para estimular un útero descolorido, anemiado, esclerósico, con lesiones tórpidas, sin tendencia alguna á fluxionarse. Podríamos aun recurrir á ella para intentar modificar algunas suspensiones de desarrollo.

De un modo general, la inyección fría, corta y á fuerte presión, tónica y excitante, está indicada siempre que resulte ventajoso provocar un movimiento vascular de depleción brusca seguido de expansión, que estimule la circulación y despierte la tonicidad y la vitalidad del órgano.

Se ha ensalzado mucho así como también desacreditado el empleo del agua fría; ya nos ocuparemos más adelante de esta cuestión.

La aplicación fuerte y corta provoca accidentes, indicados ya por muchos autores, que obligan á mayores reservas que la aplicación suave y prolongada mucho tiempo; son trastornos del sistema nervioso y en primer lugar neuralgias tan dolorosas como tenaces, brotes de cistitis y de rectitis y sobre todo la aparición de flegmasías en el curso de estados crónicos ó subagudos, etc., etc.

III.—**INYECCIONES DE AGUA CALIENTE.**—Las aplicaciones más comunes del agua caliente son las inyecciones *prolongadas largo tiempo* (de quince á veinte minutos) y á *débil ó mediana* presión. Mas que un baño local es un lavado continuo en el que debemos tener en cuenta la temperatura del agua y la presión; con ciertas formas de aplicación (véanse págs. 399 á 404) pueden lograrse también efectos de *masaje*, pero no repetiremos lo dicho ya sobre este punto.

Bajo la influencia de la inyección de agua caliente practicada de tal modo, el útero entra en contracción, tanto el tejido muscular como los vasos. Durante largo tiempo se ha dicho que al cabo de cinco á diez minutos las fibras se paralizan y se dilatan los vasos; Rünge, al contrario, ha demostrado que las contracciones musculares prolongadas se sostienen sin parálisis secundarias. Durante la irrigación caliente, ha observado Emmett que la mucosa se decoloraba y se estrechaba la luz del conducto.

No se debe asignar gran papel á la elevación de la temperatura periférica y al descenso de la temperatura central, fenómenos hipotéticos por más que se haya dicho.

La acción más clara de la irrigación continua caliente es una acción vascular *desfluxionante;* su influencia sobre la contracción uterina y sobre la mucosa, produce el resultado no menos indiscutible de vaciar las glándulas y por ende *disminuye las secreciones*. Reune, pues, propiedades *hemostáticas*, *sedantes* y *derivativas;* Reclus agrega cualidades *antisép-*

ticas y aun *anestésicas*. Pero, para conseguir tales resultados, no debe olvidarse la condición esencial de que la irrigación sea *duradera*.

Se prescribirá sobre todo en las *hemorragias* siempre que se puede ó debe esperar un fenómeno de vasoconstricción. No se empleará, pues, contra ciertas metrorragias en que se sospeche una alteración de los vasos uterinos, ateroma, esclerosis, amiloide, que les impediría responder á la solicitación vasoconstrictora, resultando al contrario, susceptible de agravar los accidentes, y se recurrirá á otros medios terapéuticos; estas contraindicaciones se presentan muy raramente. Obra maravillas en las metrorragias congestivas, en las pérdidas provocadas por las flegmasías periuterinas cuando se considera necesario atajarlas, lo que debe discutirse según los casos.

Su acción sobre el útero y las glándulas las hace sumamente útiles contra la metritis, sobre todo cuando reconocemos la existencia de un elemento congestivo, cuello voluminoso, rojo, pronto á sangrar. Por último, sus cualidades resolutivas y derivativas la recomiendan contra los exudados periuterinos, flegmasías de toda naturaleza, ovaritis, salpingitis, celulitis, pelviperitonitis. Diríamos que es sobre todo eficaz contra las flegmasías periuterinas subagudas ó algo antiguas, aunque, no obstante, por sus propiedades desfluxionantes no deben descuidarse en los casos agudos; pero, y luego insistiremos en ello, existen enfermas con una inflamación aguda y reciente, que encuentran más alivio con el agua tibia.

La inyección de agua caliente *corta* y á *fuerte presión* es excitante y es útil para combatir casos de todo punto diferentes cuando se desea estimular el sistema genital. Labadie-Lagrave concedía al agua caliente largo tiempo continuada, pero á una fuerte presión, cualidades resolutivas contra los exudados crónicos y subagudos.

IV.—INYECCIONES DE AGUA TIBIA.—El agua tibia ha sido demasiado olvidada. Por nuestra parte, aceptamos las ideas de Labadie-Lagrave, quien dice: «La mejor de las inyecciones emolientes es el agua hervida simple de 35 á 40° en irrigación continua.» Siempre resulta excelente, cuando no la mejor, puesto que nada impide agregar substancias emolientes ó narcóticas, que aumentan su eficacia; tenemos seguridad de ello por haberlo ensayado muchas veces.

Una irrigación de agua tibia *continuada largo tiempo* y á *débil presión*, es eminentemente sedante. Una enferma nos decía un día: «El agua me hace muchísimo bien; es lo que más me alivia, sobre todo cuando no la siento ni caliente ni fría,» aproximadamente de los 37 á 38°. A la irrigación de agua tibia recurrimos siempre que deseamos obtener un

efecto calmante sin provocar al mismo tiempo una contracción de los vasos, por ejemplo, en las amenorreas y dismenorreas congestivas, en que debemos combatir el dolor y favorecer el flujo sanguíneo.

En el período agudo de las flegmasías periuterinas, hemos observado que muchas mujeres se sentían más aliviadas por el agua tibia, y nosotros hemos continuado el procedimiento de uno de nuestros maestros, que hacía dar irrigaciones tibias á sus enfermas mientras éstas tomaban un baño general tibio. Este método substituye muy ventajosamente el empleo del espéculo para baños, que no deja de tener inconvenientes, ni carece de peligro en el curso de las inflamaciones de los anexos, del tejido celular y del peritoneo.

Mas en estos casos no puede establecerse una regla absoluta; débese tener en cuenta la susceptibilidad de las enfermas, y en caso de duda ó de fracasar un procedimiento, cabe el recurso de ensayar el otro sin temor alguno.

De un modo general, el asunto que nos ocupa no admite reglas absolutamente estrictas y exclusivas. Fría, caliente, tibia, el agua tiene sucesivamente sus indicaciones y nos presta los mayores servicios. Y á veces quedamos muy sorprendidos de que resulte eficaz á un grado de temperatura del todo diferente del que habíamos pensado en el primer momento. Poco á poco se adquiere cierta experiencia en prescribirla, observando la edad de la enferma, su temperamento linfático, escrofuloso ó neuroartrítico, sus reacciones lentas ó fáciles, sus predisposiciones á los síntomas dolorosos con ó sin fenómenos de congestión, etc.

Auvard prefiere el agua caliente, porque es más fácil de obtener que el agua suficientemente fría, porque expone menos al colapso, es mejor soportada, y produce mejores resultados. Labadie-Lagrave añade que su acción es más duradera.

Diremos también que, en la mayoría de los casos, es más fácil de manejar, exige menos reservas y precauciones. Que el agua fría aviva los dolores de ciertas enfermas es innegable; pero no por ello es menos susceptible de resultar en manos expertas un poderoso medio terapéutico de éxito donde otros habrán fracasado.

V.—**DUCHA VAGINAL ASCENDENTE.**—La ducha vaginal ascendente se administra por medio de un aparato anejo á un *bidet* ó á un baño de asiento. Se toma sola ó al mismo tiempo que un semicupio.

Fría y corta, sus efectos *estimulantes* y *tónicos* son mucho mayores que los de la inyección fría y corta, pero tienen la misma interpretación y reconocen análogas indicaciones.

Panas la prescribe contra la *amenorrea* idiopática ó por astenia; Gallard, para estimular un útero completamente anemiado. Es sobre todo el elemento tórpido, de atonía, de astenia, que nos indica su uso, por ejemplo, en la ingurgitación crónica de la matriz, en las leucorreas atónicas, ciertas vaginitis crónicas, etc. Ensáyese también contra el desarrollo genital suspendido é incompleto.

Conocidas son ya las contraindicaciones del agua fría; aquí, más que nunca, deben tenerse presente, y no considerar la ducha vaginal como un medio anodino susceptible de ser aconsejado sin restricción.

VI.—**LAS IRRIGACIONES RECTALES** calientes, cuya influencia es tanta sobre el cuerpo uterino y los exudados vecinos, son descritas más adelante por Alberto Robin con los medios coadyuvantes del tratamiento hidromineral.

III

Consideraciones acerca algunos medios coadyuvantes

La acción de las inyecciones vaginales sobre el útero y las regiones vecinas, es eficazmente secundada por varios medios en los que utilizamos casi siempre el agua á una temperatura elevada. Así es que un *enema* caliente, tomado por la noche y retenido tanto como sea posible, actúa sobre el cuerpo uterino y las zonas próximas, sobre todo si se recomienda á la enferma que se acueste un momento boca abajo, de manera que se favorezca el contacto con la matriz; este enema obra también de un modo mecánico en el caso de una retroversión.

Creemos inútil insistir acerca el valor de las *cataplasmas* calientes, cuya influencia sedante es indiscutible.

El empleo de las *vejigas de agua caliente* es un buen procedimiento para calmar los dolores del bajo vientre, de los riñones, al mismo tiempo que provocan en la región una derivación y una revulsión que no la consideramos indiferente.

Las *compresas húmedas* muy calientes (servilletas, esponjas, etc.) consiguen el mismo resultado, pero tienen el inconveniente de enfriarse con rapidez. Para obviar esta dificultad, se recurre á aparatos que mantienen largo tiempo el calor en las compresas ó las cataplasmas. Se ha construído especialmente uno de caucho basado en el calor latente que conserva el acetato de sosa en fusión, de un manejo muy cómodo, y que, aunque

con algunas precauciones, se aplica sobre los tegumentos abdominales sin intermediación de compresas ni cataplasmas.

Otras veces reconocemos la indicación de *compresas muy calientes ó excitantes* preparadas de ordinario con agua salada al 10 por 100.

Cuando se trata de obtener efectos sedantes, estas compresas pueden prepararse con el *agua madre de Salies-de-Bearn* ó de *Biarritz* (cloruradomagnésica). Si, al contrario, deseamos obtener efectos *excitantes*, para estimular algunas afecciones antiguas, metritis tórpidas, etc., las preparamos con el *agua madre de Salins-du-Jura* (sódicas) ó de *Kreussnach* (cálcicas).

Indicaremos también los *pediluvios fríos*, los *baños de pies fríos de agua corriente*, que suspenden ó disminuyen las reglas demasiado abundantes ó prolongadas; los *pediluvios calientes*, que moderan la fluxión pelviana y se han preconizado contra la amenorrea causada por el frío.

IV

Baños de asiento

Los baños de asiento *calientes* gozan de propiedades *excitantes*, debidas á la actividad que imprimen á la circulación de los órganos pelvianos y al aflujo de sangre que en esta región provocan. Hemos tenido á menudo ocasión de hablar de ellos, en todos los casos en que se trata de restablecer las reglas, en particular á consecuencia de las *amenorreas accidentales*. En algunas estaciones termales se emplea el *baño de asiento de agua corriente caliente* (37° y más) con *ducha vaginal* y *ducha lateral;* se recomienda sobre todo contra la congestión pélvica.

Los baños de asiento *tibios* son considerados justamente como sedantes; disminuyen la congestión, calman las flegmasías y alivian los dolores. A menudo los combinamos con las inyecciones continuas tibias, á baja presión, que las enfermas reciben al mismo tiempo que toman el baño de asiento. La cantidad relativamente poco considerable del agua empleada permite agregarle sin mucha dificultad los cocimientos de substancias emolientes ó narcóticas. No obstante, se ha reprochado al baño de asiento de mantener, durante bastante tiempo, á las enfermas en una posición fatigosa, penosa; en cuclillas, las piernas dobladas sobre el abdomen, algunas experimentan á veces, en efecto, sensaciones dolorosas que les hacen

renunciar al baño de asiento para recurrir al baño general tibio, cuyas ventajas, por otra parte, no son menores.

El baño de asiento *frío* necesita algunos detalles. Casi no se emplea más que el baño de asiento frío de corriente continua. Para obtener efectos *hemostáticos sedantes*, Gallard recomendaba llenar primero el baño de agua fría, introducir luego en él á la enferma, y no establecer hasta entonces la corriente, de modo que no pueda experimentarse la impresión de llegada. Con esta condición, el baño *prolongado* durante diez á veinte minutos no provoca reacción y *desfluxiona* la matriz. A fin de conseguir resultados más marcados, según los casos, los autores además aconsejan combinarlo con las inyecciones frías, los enemas fríos, etc., contra la congestión uterina, la fluxión premenstrual (Labadie-Lagrave), la metritis hemorrágica, en una palabra, cuando hay indicación de intervenir contra la congestión ó la hemorragia. Por nuestra parte, lo empleamos sobre todo ante la ineficacia de los medios terapéuticos usuales y cuando nos encontramos en el caso de afecciones de esta índole especialmente fijas y tenaces. Pero las contraindicaciones del agua fría son siempre las mismas.

«Si se abren las aberturas de desagüe laterales antes de llenar el baño, la enferma sufre una flagelación, cuya acción no es ya sedante y antiflogística, sino *estimulante* y *excitante*.» Esta acción *excitante*, *tónica*, se obtiene sobre todo con el baño de asiento de corriente continua, de *corta duración*, cuando el agua, á temperatura *baja*, es *proyectada* con *fuerza*. Se emplea en los casos de astenia si se considera necesario provocar las reglas suprimidas, cuando el útero es atónico, descolorido, ó bien si se desea estimular la circulación en los infartos uterinos crónicos, las congestiones tórpidas que no se acaban nunca. Se ha aconsejado también en las suspensiones de desarrollo, las leucorreas atónicas, etc.

Alberto Robin explica más adelante cómo «el baño de asiento frío con ducha circular y ducha perineal, de cinco á doce minutos, estimula la contractilidad muscular y actúa sobre la relajación de los órganos de la pequeña pelvis, y en algunas mujeres afectas de amenorrea ó de dismenorrea congestivas el baño de asiento frío con ducha vaginal, muy corta y percutiendo el cuello, dilata los vasos uterinos y obra sobre la amenorrea y la dismenorrea espasmódicas, en la inflamación tórpida y la indu-ración de la matriz, en la anestesia vulvar (Bottey).

V

Baños generales

Los baños *calientes* son excitantes; tienen además una acción *derivativa* hacia la periferia congestionándola. Algunos autores los han aconsejado para llamar la sangre de las reglas suspendidas ó suprimidas; pero en la práctica corriente recurrimos poco, podríamos decir nunca, á los baños generales *muy calientes*. Su empleo no está, en efecto, exento de inconvenientes; provocan una excitación general seguida de marcada laxitud, á veces hasta cefalalgia y un malestar persistente y exageran el sudor. Hasta el presente, no parece que ello sea compensado por un beneficio real obtenido por los baños calientes en el tratamiento de las enfermedades de la mujer. Quizás, no obstante, en el curso de flegmasías de mediana intensidad, sin repercusión general, sus cualidades derivativas encontrarían una indicación, puesto que en semejante caso Aran prescribía á veces el baño de estufa seca. No contamos con experiencia personal acerca de este interesante punto.

El baño *tibio*, al contrario, diariamente se tiene ocasión de prescribirlo. *Sedante, antiflogístico, emoliente*, calma los dolores, relaja los tejidos, regulariza la circulación, como se ha repetido ya, y se ordena contra las afecciones agudas de los órganos genitales, los estados dolorosos, las neuralgias pelvianas, etc. A menudo basta aún con un baño tibio para detener un flujo menstrual persistente; se tendrá esto en cuenta para no recomendarlo indiferentemente en todas las dismenorreas ó amenorreas.

Hemos ya hablado mucho del baño tibio en la terapéutica de las diversas enfermedades para que insistamos de nuevo acerca de estos detalles.

A fin de aumentar sus propiedades sedantes le solemos añadir 250 gramos de gelatina de París y 250 gramos de subcarbonato de sosa.

El baño general *frío* no está muy indicado en ginecología, porque no tenemos que luchar contra la hipertermia y la sideración nerviosa. Unicamente obtendremos efectos sedantes recomendando la inmovilidad antes y después del baño *(Diccionario Dechambre)*; pero esta práctica expone, según parece, á riesgos que no la hacen recomendable.

El baño tomado en el agua corriente de los ríos resulta, al contrario, susceptible de producir efectos estimulantes, de los que podemos sacar partido para modificar las pérdidas blancas rebeldes á los tratamientos usuales, y de un modo general en todos los casos en que domina la astenia.

QUINTA PARTE

TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LAS ENFERMEDADES DE LA MUJER

I

Consideraciones generales

El tratamiento hidromineral de las enfermedades y de los trastornos del aparato genital de la mujer, tratamiento hoy día descuidado y relegado á segundo término, tiene con todo una importancia práctica considerable; es un poderoso auxiliar de la terapéutica ginecológica médica, la completa, y á menudo produce efectos decisivos.

Parece extraño cuando menos, después de los éxitos obtenidos con este tratamiento, vistos los innumerables trabajos que regulan su empleo afirmando su eficacia, parece extraño, repetimos, que hoy día sea aún necesario romper lanzas en abono de la hidrología. Y no obstante, resulta de suma necesidad dada la corriente cada vez más acentuada, que tiende á considerar como medios insuficientes ó aun indiferentes toda la terapéutica que no sea la intervención quirúrgica.

Afirmamos, pues, con los antiguos maestros, con Bernutz, Aran, Courty, Martineau, Gallard, etc., y sólidamente apoyados en la experiencia que dan los hechos, afirmamos que las curas hidrominerales apropiadas y bien dirigidas prestan sorprendentes servicios, y que, merced á su empleo metódico, se han podido evitar, en muchos casos, graves operaciones.

Hoy día, tanto en patología externa como en todas las ramas de la patología, domina la idea de la infección; ella ha relegado á lejano término todos los otros elementos morbosos. Ciertamente, el día en que se com-

prendió y definió este papel considerable de la infección, se hizo de un golpe un progreso notable; ¿pero era ésta una razón para abandonar al punto las fuentes de indicaciones que la experiencia de los siglos había acumulado? ¿La cirugía ha cumplido un papel decisivo y sin apelación, cuando ha suprimido una causa de infección? ¿Ha tenido suficientemente en cuenta la influencia que ciertas mutilaciones podían ejercer sobre la salud general, la persistencia de los trastornos de la nutrición que habían sido una de las condiciones del desarrollo de la lesión local, las alteraciones que esta misma lesión local había provocado en el organismo y que han durado más que la etiología?

¿Qué medios más eficaces hay para luchar contra todo ello que las curas hidrominerales, cuyas propiedades equilibradoras son tan notables? Y sin insistir ya sobre los casos en que la cura termal ha modificado el mismo estado local, ¿no aparece bien evidente que hasta después de una intervención necesaria el papel de la hidrología puede resultar preponderante?

Además, la idea misma de la infección no entraña nada que choque contra un tratamiento hidromineral. Por esto, no queremos conceder mayor importancia de la debida á la acción modificadora local de las aguas estériles, á los efectos antisépticos de las aguas sulfurosas, al estímulo y sedación local que ciertas aguas pueden producir y que actúan sobre el terreno de la infección; mas ¿quién puede negar la acción de las aguas sobre las lesiones secundarias provocadas por la infección, sobre los trastornos circulatorios, las congestiones, los infartos, sobre los exudados, etc.? Por último, cuando se trata de simples trastornos funcionales, como la amenorrea, la dismenorrea, las metrorragias *sine materia*, ¿de qué medios de acción más poderosos podemos disponer?

II

Indicaciones proporcionadas por la enfermedad y por la enferma

Las doctrinas nuevas no son, pues, incompatibles con la hidrología, y el papel de ésta queda incólume, si bien que limitado á los casos en que la intervención quirúrgica no es absolutamente necesaria. Pero, establecido este punto, no dudamos en afirmar que cuando se trata de especializar bien las indicaciones, de designar á la enferma la estación y la forma del

tratamiento que le convienen, se tropieza con serias dificultades, puesto que no se ha fallado definitivamente acerca de este punto, y grandes divergencias separan, actualmente aún, á los hidrólogos más autorizados. Basta para comprenderlo enterarse de la discusión que en 1894 ocupó numerosas sesiones de la Société d'hydrologie, discusión en la que tomaron parte Max Durand-Fardel, Guyenot, de Ranse, Caulet, Tillot, Alberto Robin, Héraud, Suchard, etc., y que sugerió á Bouloumié un importante trabajo de terapéutica comparada, quirúrgica é hidrológica, de las afecciones uterinas.

En la práctica, las indicaciones generales de una cura termal pueden deducirse de varios datos. La elección de la estación y la forma de tratamiento debe ser la resultante de las diversas indicaciones, y so pena de caer en error, no debe nunca decidirse conforme á una indicación aislada.

Estas fuentes de indicaciones son las siguientes:

1.° EL ESTADO ANATÓMICO LOCAL. — Esta indicación figura en primer término entre las que á la cirugía se refieren; en hidrología, al contrario, cede el lugar á las indicaciones llamadas laterales. En efecto, ningún hidrólogo sostendrá que las aguas puedan hacer desaparecer un fibroma uterino, curar una salpingitis supurada ó una metritis ó toda otra lesión, reducir directamente una ovaritis crónica, y así por el estilo. Pero, por otra parte, sería también exageración negar á las aguas cloruradosódicas fuertes su acción resolutiva, á las aguas cloruradosódicas débiles su acción derivativa, depletiva y revulsiva por los efectos que producen sobre el intestino, etc.

2.° EL PERÍODO DE EVOLUCIÓN. — Toda cura termal está contraindicada durante el período inflamatorio, mientras duren los brotes agudos que sobrevienen en las uterinas crónicas, en las mujeres cuyas lesiones están profundamente infectadas, ó cuando éstas manifiestan una tendencia á la supuración.

Al contrario, la hidrología triunfa en los estados crónicos, cuando toda reacción inflamatoria se ha apaciguado, cuando se trata de dar un espolazo á un estado tórpido y de despertar la vitalidad de las partes.

3.° LAS APTITUDES DE REACCIÓN DE LA LESIÓN Y DEL ORGANISMO. — Estas aptitudes de reacción se entienden en el sentido de la torpidez y en el de la irritabilidad. Esta indicación es de extrema importancia y exige por parte del médico hidrólogo una atención muy especial, pues que la mineralización del agua no basta para incluir ésta en la clase de los

excitantes ó de los sedantes. Y lo que acrecienta también la dificultad, es que ciertas aguas pueden ser sedantes generales y excitantes locales ó á la recíproca; ocurre también que un agua manifiestamente sedante ó excitante local puede cambiar de acción según la forma de balneación empleada.

Son éstas cuestiones muy delicadas, que el médico de las poblaciones ignora generalmente, y que sólo puede resolver un hidrólogo consumado. Así, tenemos la estación sulfurosa de *Saint-Sauveur*, en que Caulet obtiene efectos sedantes generales y efectos excitantes sobre el aparato genital. Está igualmente *Plombières*, cuyas aguas son tan especialmente sedantes, así del útero como de las reacciones orgánicas generales, y con todo Félix Bernard provoca con ellas efectos excitantes haciendo intervenir ciertos procedimientos balneoterápicos y variando la termalidad. Tomemos también como ejemplo las de *Evaux*, cuya cualidad de agua indeterminada dejaría presumir propiedades sedantes, y poseen, al contrario, una acción excitante de las más evidentes sobre el útero.

4.° **LOS SÍNTOMAS PREDOMINANTES.**—Éstos se encuentran asociados ó aislados, pero existe siempre uno que da su nota propia á la expresión morbosa. Así, una enferma será principalmente hemorrágica, en otra figuran en primera línea los flujos leucorreicos, en una tercera el dolor será la manifestación subjetiva más manifiesta. Cada uno de estos elementos sintomáticos dominantes constituye una indicación bien precisa. Conocida es la acción de *Néris* sobre las neuralgias útero-ováricas graves, de las aguas cloruradosódicas fuertes, adicionadas de aguas madres, sobre los dolores de las fibromatosas, de *Evaux*, de *Bourbonne-les-Bains* sobre la amenorrea de causa local, de *Ussat*, de *Luxeuil* sobre las metrorragias, etc.

5.° **EL SENTIDO Y LA IMPORTANCIA DE LAS COMPLICACIONES.**—Sabido es cuán numerosas son las repercusiones uterinas de las diversas enfermedades locales y generales, y si bien hemos procurado colocar en un grupo bien deslindado las **falsas uterinas**, no por esto hemos de desconocer los accidentes dispépticos, gástricos é intestinales, las cistitis, las neuralgias reflejas, los trastornos cardíacos, nerviosos y generales ocasionados directamente ó á distancia por una lesión del aparato genital.

En el mismo orden de ideas hemos de preocuparnos de los trastornos generales secundarios, como la anemia, que si es á menudo la causa, puede ser también el efecto de un trastorno genital.

Esta indicación de las complicaciones lo mismo puede ser negativa que

positiva, esto es, interviene lo mismo para decidir la elección de una estación que para hacer rechazar otra, que á primera vista parecía más indicada. Por ejemplo, á una uterina, cuya lesión tórpida reclamaría una estimulación enérgica, no se la enviará á *Saint-Sauveur* ó á *Franzensbad*, si tiene trastornos cardíacos como palpitaciones de corazón, sofocación, arritmia, etc. A esta uterina le corresponderá más bien primero una cura sedante; deberá ir á *Néris* ó á *Bagnéres-de-Bigorre*, cura que calmará la repercusión cardíaca y permitirá el empleo consecutivo de una cura cloruradosódica fuerte, que se tendrá cuidado de mitigar con aguas madres para contrarrestar su acción excitante sobre el sistema nervioso y sobre la circulación, sin modificar sus propiedades alterantes con respecto á la lesión.

6.° LA NATURALEZA DEL TERRENO MORBOSO.—¿La enferma es una clorótica, una neurópata, una escrofulosa, una artrítica?

Los estados generales constitucionales ó adquiridos desempeñan en la elección de una estación un papel que, si no siempre es el preponderante, influye cuando menos de un modo considerable para decidirnos á intervenir. Pues no cabe duda que imprimen á la enfermedad considerada en sí y á las reacciones del organismo un sello especial, y que las curas termales son los medios más poderosos que poseemos para imprimirles una modificación útil.

Las aguas minerales constituyen una medicación al parecer indiscutible; obran, si así puede decirse, por insinuación, y sus efectos lentos, pero seguros, sobre el terreno de la enfermedad, constituyen el secreto de los resultados inesperados á veces é inverosímiles que llegan á producir. ¿Cómo explicar el éxito de *Bourbonne-les-Bains* ó de *Royat* en las jóvenes amenorreicas ó dismenorreicas, con jaquecas, orina sedimentosa, hijas de padres gotosos, si no por la influencia de estas aguas sobre la diátesis artrítica? Y el mismo trastorno morboso se curará en *Biarritz*, en *Salies-de-Bearn*, en *Salins-du-Jura*, en *Rheinfelden*, si se presenta en jóvenes gordas, flojas, leucorreicas, con adenitis cervicales y los estigmas del linfatismo y de la escrófula.

7.° EL ESTADO DE LA NUTRICIÓN Y DE LOS CAMBIOS ORGÁNICOS.—Consideramos que el estudio de la química de los cambios, que permite leer en la nutrición, señalar el funcionalismo de los diversos órganos, materializar lo que hasta ahora carecía de interpretacion denominado actividad vital, fijar el mecanismo íntimo de las reacciones orgánicas, y que, por otra parte, precisa la manera de obrar de la medicación termal

y demuestra cómo modifica ésta los cambios; consideramos, repetimos, que este estudio debe abrir nuevos y dilatados horizontes á la terapéutica hidromineral, y Alberto Robin ha proporcionado irrecusables pruebas de ello en lo que concierne á la balneación cloruradosódica.

¿Puede ser indiferente saber que tal enferma tiene una desasimilación exagerada con retardo en las oxidaciones azoadas, que tal otra tiene un coeficiente de mineralización que alcanza 40 por 100 en vez de la proporción normal de 30 por 100, que en ésta la desasimilación de los tejidos ricos en fósforo está aumentada, que en aquélla la oxidación del azufre orgánico es más baja de la normal?

No sólo no puede ser esto indiferente, sino que el conocimiento de tales hechos adquiere un valor matemático, por decirlo así, si se sabe, además, que las aguas ferruginosas y ciertas sulfurosas como *Cauterets*, *Luchon*, *Aix*, aumentan las oxidaciones azoadas, que *Saint-Sauveur* restringe la desasimilación orgánica, que las cloruradosódicas fuertes son por vía de ahorro conservadoras de los tejidos fosforados, que *Brides* tiene una acción poderosa sobre la oxidación del azufre.

En realidad, esta indicación de los cambios se confunde con la del terreno, y si la separamos forzosamente es porque, clínicamente, no le es siempre fácil al médico determinarla, porque no dispone de los medios de investigación necesarios y debe contentarse aun hoy día con las expresiones clínicas que traducen con más ó menos exactitud los trastornos sobrevenidos en los cambios.

Y además, esta indicación de la nutrición, que ha de aportar á la elección de las estaciones minerales una precisión hasta ahora no conocida, no será realizable hasta que se conozcan los trastornos de los cambios en los diversos estados morbosos, así como la acción fisiológica ejercida por tal fuente según su modo de aplicación sobre la nutrición elemental. La medicina hidrológica ha entrado en esta senda desde unos diez años gracias á los trabajos de uno de nosotros (1), pero los resultados conseguidos son aún pocos en número, y se refieren sólo á un limitado número de fuentes. La antigua indicación del terreno seguirá, pues, siendo la predominante todavía durante muchos años.

(1) Alberto Robin. — La balneación cloruradosódica, sus efectos sobre la nutrición, sus nuevas indicaciones, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1891.

III

Consideraciones sobre las indicaciones asociadas ó contradictorias

Cuando por un minucioso análisis de la enfermedad se han fijado las indicaciones surgidas de los diveros elementos de apreciación que acabamos de indicar, resulta un verdadero juego de paciencia el ir colocando metódicamente las piezas.

Cuando las indicaciones no se contraponen y tienden, al contrario, á completarse una con otra, la elección es fácil. Así, una joven amenorreica, sin grandes aptitudes de reacción, con leucorrea, anemia ó linfatismo y cuyos cambios estén enfrenados ó disminuídos, tipo morboso tan frecuente en la práctica, reportará buenos resultados de *Luxeuil*, de *Royat*, de *Saint-Nectaire* y de las aguas sulfurosas en general.

Pero si las indicaciones, por el contrario, se entremezclan, como ocurre en tantos otros casos, entonces la dificultad es extremada. Es necesario proceder, como decíamos hace un momento, esto es, investigar entre los elementos morbosos cuáles son los que podrían agravarse con tal clase de aguas, y proceder, en una palabra, por eliminación.

Si se trata de una linfática de nutrición decadente, con reacciones nerviosas acentuadas y con metritis crónica hemorrágica, el terreno y la nutrición indican las aguas sulfurosas, las aguas salinas, las cloruradosódicas fuertes, pero las reacciones del organismo, la naturaleza de la lesión las contraindican, y nos contentamos con las cloruradosódicas fuertes mitigadas de aguas madres, á no ser que se prefiera *Saint-Sauveur*, que, según Caulet, posee propiedades antihemorrágicas, al mismo tiempo que tiende á equilibrar el sistema nervioso, si la cura se dirige hábilmente. Podríamos multiplicar estos ejemplos, pero sería hacer doble aplicación de lo que nos queda por decir al estudiar las medicaciones especiales de cada afección uterina considerada aisladamente.

Esta misma complejidad de indicaciones á menudo contradictorias es lo que hace tan difícil la exacta adaptación de la cura á la enfermedad, además de que los efectos obtenidos en una estación determinada son algunas veces contradictorios, y ni siempre concuerdan con lo que ya se sabe de las aguas similares, ni aun con los obtenidos habitualmente en casos análogos. Y lo que acaba de complicar la dificultad es que quizás no exista una esta-

ción que no reivindique las afecciones uterinas en su favor y no pueda aportar algún éxito en apoyo de sus aseveraciones.

Todas estas razones entran por mucho en el descrédito en que ha caído el tratamiento hidrológico de las enfermedades genitales de la mujer. Y se comprende, ante las dificultades y lo incierto de este tratamiento, que Aran haya podido pronunciar en sus Lecciones clínicas esta frase de desalentador escepticismo: «A riesgo de no estar de acuerdo con los médicos agregados á las aguas minerales, venimos obligados á decir que, aparte de las indicaciones establecidas por el predominio de los trastornos digestivos, y de aquí las ventajas de *Plombières*, *Vichy*, *Ems*, *Carlsbad*, *Kissingen*, etc., la opinión de los médicos ginecólogos no se resuelve aún entre las pretensiones rivales de los establecimientos que se disputan las enfermedades uterinas». Esta afirmación de Aran, por exagerada que sea, entraña con todo una enseñanza que no debe desaprovecharse, y es que las aguas minerales actúan mayormente sobre el predominio sintomático, que sobre la lesión misma. Añadamos todavía con Bernutz, Courty y Martineau, que tienen sobre todo aptitud para combatir las afecciones diatésicas y los estados generales que dominan muy frecuentemente á la enfermedad uterina.

IV

Principales aguas minerales empleadas en el tratamiento de las enfermedades de la mujer. Sus propiedades terapéuticas é indicaciones de su empleo.

Después de haber estudiado en conjunto las indicaciones que derivan del estudio de la enfermedad y de la enferma, debemos ahora examinar los principales grupos de aguas minerales y analizar las propiedades y las acciones del medicamento.

A.—Aguas cloruradosódicas

En todos los tratados de hidrología se encontrarán los datos relativos á la composición y á las propiedades especiales de las diversas aguas cloruradosódicas; por tanto, haremos solamente hincapié en lo que tiene aplicación á nuestro tema.

1.° ACCIÓN FISIOLÓGICA.—Los baños salados provocan por parte de los órganos pelvianos un movimiento de fluxión, cuya intensidad aumenta con la concentración de los baños. Son emenagogos y predisponen á las congestiones. Estimulan, por consiguiente, de un modo más ó menos enérgico, la vitalidad de estos órganos. Al cabo de un número variable de días de tratamiento, según las reacciones de la enfermedad — siendo igual, por supuesto, la concentración de los baños — los fenómenos dolorosos se despiertan, los flujos se hacen más abundantes y más espesos, la actividad imprimida á la nutrición general se extiende á los órganos genitales, y por medio de este restablecimiento de la circulación y de la nutrición locales se efectúa la reabsorción de los antiguos exudados.

2.° MODO DE APLICACIÓN. — De una manera general, y cualquiera que sea la estación cloruradosódica que se haya elegido, es necesario comenzar por baños generales de débil concentración. En Francia, los baños más ligeros que se emplean al comienzo de las curas, son ordinariamente al 3 por 100 de sales. Consideramos que ésta es aún una proporción demasiado fuerte y que sería más ventajoso comenzar por baños todavía más débiles, al 1 por 100 y hasta al 1/2 por 100 de sal.

Esta práctica, que es la de H. Keller, de Rheinfelden, le ha proporcionado resultados, que con frecuencia hemos podido comprobar y son dignos de recordarse.

Después de un indispensable período de aclimatación, se aumenta gradualmente el grado de salinidad del baño, tomando las reacciones locales como guía principal en la mayoría de los casos. Pero nunca se será bastante prudente en esta marcha ascendente hacia el baño de alta concentración, cuando menos en las estaciones cloruradosódicas fuertes; y vale más prolongar la cura ó inducir á la enferma á que haga una segunda cura después de algunos meses de reposo, que no saltar las etapas para procurar á la paciente la satisfacción, á menudo peligrosa, de haber hecho una cura fuerte con el baño de pura sal.

Cuando las indicaciones deducidas del estado de la nutrición, son, por el contrario, dominantes, es necesario modificar la táctica, y atenerse á las enseñanzas que se desprenden de los trabajos de uno de nosotros sobre los efectos que la balneación cloruradosódica ejerce sobre la nutrición. Esta cura no obra sobre la nutrición como sobre el estado local, en que la actividad del baño está en razón directa de la concentración. Lejos de esto, cuando se trata de la nutrición, á ciertos grados de salinidad corresponden efectos, por decirlo así, específicos, que se pueden resumir de la siguiente manera:

1.° Los baños cloruradosódicos al 6 por 100 se reservarán para las enfermas en que no hay que aumentar ni los cambios azoados, ni las oxidaciones, y para aquellas que tienen tendencia á enflaquecer ó que fabrican ácido úrico en exceso.

2.° Los baños al 12 por 100 convienen á las mujeres en las que importa reanimar ó realzar intensamente los cambios azoados, sin aumentar las oxidaciones. Estarán contraindicados en las uricémicas, pero deberán emplearse siempre que sea necesario activar los cambios de los órganos ricos en nucleína ó de los tejidos conjuntivos y fibrosos, lo que corresponde bien á una acción sedante y fundente sobre las hiperplasias conjuntivas periuterinas.

3.° El baño al 25 por 100 convendrá á las enfermas de nutrición decadente, de oxidaciones retardadas, á todos los individuos á quienes convenga reconstituir el sistema nervioso por vía de ahorro, á la vez que acelerando las transformaciones azoadas.

3.° **MODO DE OBRAR Y EMPLEO DE LAS AGUAS MADRES.**—Es necesario muchas veces tener mucho hábito ó estar muy acostumbrado para conciliar esta influencia divergente sobre la nutrición y sobre el estado local, pero es precisamente esta finura de tacto lo que constituye el arte de la terapéutica hidrológica. Con todo, lo que contribuye á facilitar la labor es la asociación bien entendida de las aguas madres á los baños salados. Las aguas madres, como ha demostrado Lavergne en su excelente trabajo (1), tienen propiedades sedantes, que contrastan con las propiedades estimulantes de sus aguas de origen, y pueden servir para atenuar lo que éstas tengan de sobrado excitantes en cada caso particular. El médico hidrólogo que conoce bien esta acción contraria, dispone de un excelente medio para hacer variar los efectos de la cura y adaptarlos á los organismos y á las reacciones locales más diversas. Así, con adiciones progresivas de aguas madres á baños débilmente salados, se limitarán las reacciones generales y locales, se retardarán más ó menos las transformaciones nutritivas y la desasimilación fosforada, sin alcanzar paralelamente las propiedades resolutivas del baño sobre el estado local.

Se comprende, pues, toda la importancia que adquiere la dosificación de la salinidad del baño y de la cantidad de aguas madres que se le deben añadir. Con la extensa gama que se puede seguir con las aguas cloruradosódicas fuertes, no hay, por decirlo así, tratamiento alguno que no pueda realizarse.

(1) LAVERGNE. — De la acción de las aguas madres sobre la nutrición (*Annales d'hydrologie et de climatologie médicales*, Enero 1898).

Pero en este punto es necesaria una distinción capital.

Algunas aguas madres no reunen propiedades sedantes bien caracterizadas. Unas, como las de *Nauheim*, de *Kreusnach*, contienen sobre todo cloruro de calcio; en otras, como en *La Moullière*, en *Salins-du-Jura* y en *Rheinfelden*, el que domina es el cloruro de sodio, y estas aguas no son, en suma, más que una solución salada más concentrada. Al contrario, en *Biarritz*, en *Salies-de-Bearn*, el cloruro de magnesio predomina hasta el punto de constituir casi las dos terceras partes de las substancias disueltas; pues estas aguas madres poseen una acción sedante innegable, debida, para nosotros, mucho más á esta riqueza en cloruro magnésico que á los 8 ó 10 gramos de bromuros que contienen (1). Estas dos últimas estaciones estarán, pues, más particularmente indicadas en los casos difíciles á que nos referíamos, porque la combinación de las aguas saladas y de las aguas madres proporciona al médico una mayor cantidad de elementos terapéuticos.

4.° **DURACIÓN DE LA CURA.** — A no ser que existan indicaciones especiales, la cura balnearia debe continuarse sin interrupción durante diez y ocho á treinta días aproximadamente, según los casos. Si sobreviene empacho gástrico ó gastrointestinal, con disminución del apetito, lengua blanca, constipación, náuseas, malestar general, se interrumpirá la cura y se administrará un purgante salino. No se emprenderá de nuevo la cura hasta que hayan desaparecido los accidentes que motivaron su interrupción.

A pesar de la opinión que domina actualmente en muchos médicos hidrólogos, aconsejamos, no obstante, que se interrumpa también la cura balnearia á la primera aparición de las reglas, y que no se reanude hasta que éstas hayan terminado. En las mujeres de reglas pesadas, duraderas, para las cuales esta interrupción debería ser muy larga, se comenzará de nuevo la cura á partir del quinto día, cuando el flujo sanguíneo va siendo menos abundante, ó toma un color rosado ó una marcha irregular.

5.° **RESUMEN GENERAL.** — En resumen, las aguas cloruradosódicas están sobre todo indicadas en las uterinas linfáticas, escrofulosas ó anémicas, cuando se trata de obtener una resolución activa sin que sea de

(1) Esta opinión ha sido confirmada recientemente por F. GALLARD, en un trabajo muy concienzudo. — Estudios sobre la acción fisiológica de los baños de aguas madres con motivo de una observación clínica (*Annales d'hydrologie et de climatologie médicales*, 1898, pág. 465).

temer un movimiento fluxionario demasiado intenso por parte de los órganos genitales.

Estarán contraindicadas cuando la inflamación local no haya pasado completamente, ó también en las mujeres muy nerviosas con reacciones exageradas por parte del corazón, del estómago, etc., reacciones que no calmaría la adición proporcionada de aguas madres. Además, están completamente contraindicadas en cierto número de trastornos intestinales, en las enteritis por ejemplo. Félix Bernard (de Plombières), á quien hemos interrogado acerca del particular, se ha mostrado muy firme sobre esta contraindicación.

6.° **PRINCIPALES ESTACIONES CLORURADOSÓDICAS.** — Las estaciones cloruradosódicas son en extremo numerosas. Se pueden dividir en débiles, medianas y fuertes.

Las débiles son: *Bourbon-Lancy*, *Baden-Baden*, *Bourbon-l'Archambault*, *Wiesbaden*, *Rennes-les-Bains*, *Saint-Nectaire*, *La Motte-les-Bains*, *Bourbonne-les-Bains*, *Kissingen*, *Santenay*, etc.

Las medianas son: *Balaruc*, *Kreusnach*, *Hombourg*, *Willdegg*, *Cheltenham*, *Soden*, *Salies* (Haute-Garonne), *Nauheim*, *Bex*, *Salins-du-Jura*, *Reichenhall*, etc.

Las fuertes son: *Salies-de-Bearn*, *Biarritz*, *Rheinfelden*, *La Mouillière*, *Montmorot* (Lons-le-Saunier), etc.

No debemos estudiar aquí la composición ni las propiedades de cada una de estas aguas; pueden para esto consultarse los tratados especiales de Max Durand-Fardel, Rotureau, Mœller y los artículos muy concienzudos del *Dictionaire encyclopédique des sciences médicales*.

B. — Aguas sulfurosas

1.° **ACCIÓN FISIOLÓGICA EXCITOMOTORA.** — Las aguas sulfurosas ejercen sobre el útero una acción excitomotora, emenagoga y hemostática. La acción excitomotora se manifiesta, como perfectamente lo ha hecho observar Caulet (1), por una sensación pélvica de presión poco intensa ó hasta de pellizcamiento, que puede llegar á ser casi dolorosa, y va acompañada de irradiaciones más ó menos acentuadas en los riñones, el bajo vientre, las ingles y los muslos. A veces estos pellizcamientos se convierten en retortijones, en cólicos uterinos, y esto aun en mujeres cuyos órganos genitales están completamente sanos. V. Feltz, de Nancy,

(1) CAULET.—*Annales de la Société d'hydrologie médicale*, t. XXIV.

que ha estudiado experimentalmente la acción del agua de la *Raillière* (1), dice en conclusión que esta agua ejerce una acción esténica innegable sobre las fibras lisas de las arteriolas de la rana, y que esta acción parece ser un efecto de la impresión determinada sobre el sistema nervioso central por los principios contenidos en esta agua mineral.

Esta acción vascular local, bien estudiada por C. Robert (de *Cauterets*), unida al estímulo general ejercido sobre el organismo por las aguas sulfurosas, explica y justifica el favor de que éstas han gozado desde largo tiempo en el tratamiento de ciertas afecciones del útero y de sus anexos.

Esta acción excitante sobre el útero parece manifestarse de una manera más activa por el uso interno que por el empleo externo de las aguas. Con todo, las duchas sulfurosas en regadera sobre el bajo vientre y los lomos, provocan fácilmente contracciones dolorosas del útero, tan intensas como las engendradas por el agua sulfurosa tomada en bebida.

Estos efectos, que han sido objeto de investigaciones muy precisas por parte de Caulet (de *Saint-Sauveur*), comienzan á manifestarse del segundo al cuarto día de la cura. Se manifiestan á menudo por el fenómeno de la hidrorrea termal, que consiste en la emisión por los órganos genitales de un líquido claro como el agua, incoloro ó ligeramente cetrino, que no deja mancha en la ropa, ó le comunica un ligero almidonado.

Este flujo no es continuo; aparece bruscamente como por chorro, y se repite á intervalos variables. Algunas veces se manifiesta súbitamente sin haberse experimentado ninguna molestia precursora; de golpe la mujer se siente mojada por esta aparición súbita. Otras veces es precedido, durante más ó menos tiempo, por alguna sensación vaga, indefinible por parte de la matriz, de un adolorimiento general de la región, se anuncia después por contracciones uterinas, por cólicos, de las que serían, por decirlo así, la expresión. C. Robert, que ha observado en *Cauterets* esta hidrorrea termal, se ha cerciorado de que iba precedida, en la mayoría de los casos, de una infiltración serosa más ó menos considerable, pero muy notable siempre, del cuello del útero, y que esta infiltración disminuía á medida que se acentuaba la hidrorrea.

Esta hidrorrea y la infiltración serosa que la precede tienen una significación importante y que constituye una de las reglas más precisas y más urgentes de la terapéutica uterina hidromineral; indica la necesidad de suspender el tratamiento ó bien de disminuirlo, ó aun de atemperarlo por una medicación sedante. En *Cauterets*, por ejemplo, se podrá utilizar para esta medicación sedante la fuente de *Petit-Saint-Sauveur*.

(1) C. Robert.—De las enfermedades uterinas y su tratamiento por las aguas de Cauterets, París, 1882.

La continuación intempestiva de la cura originaría, como lo ha comprobado Caulet, verdaderas crisis histerálgicas con ó sin retortijones uterinos, pero adquieren á veces un carácter inquietante de persistencia y de intensidad.

2.° ACCIÓN ESPECIAL SOBRE LAS HEMORRAGIAS UTERINAS. — C. Robert ha hecho intervenir esta acción excitomotora de las aguas sulfurosas sobre el útero, para explicar los trastornos, á menudo contradictorios, de la menstruación, que se producen en el curso del tratamiento sulfuroso.

Así, cuando se comienza el tratamiento termal algunos días solamente antes de la aparición de las reglas, se comprende que éstas se adelanten y aumenten por el estímulo ejercido sobre la circulación general y más particularmente sobre la circulación local.

Si el período menstrual corresponde al máximum de la acción excitomotora, máximum que tiene lugar del duodécimo al décimooctavo día, los vasos uterinos son comprimidos por la contracción de la fibra muscular del órgano y las reglas pueden retardarse. Basta entonces dar un poco de *bromuro potásico* ó de *belladona* para producir una sedación del sistema nervioso y muscular del útero, y se establecerá casi siempre la menstruación.

Esta acción excitomotora explica aún la suspensión brusca de las reglas, que se manifiesta por influencia del tratamiento sulfuroso cuando el útero es muy irritable.

Explica también, como ha visto Bordeu, que una hemorragia uterina de antigua fecha, bastante abundante para teñir el baño al poco rato, se suspenda desde el octavo día de una cura interna y externa hecha en la Raillière de *Cauterets*.

3.° ACCIÓN FISIOLÓGICA SEDANTE. — Al lado de estos efectos excitomotores propios de las aguas sulfurosas en general, hay fuentes de esta clase cuya influencia es diametralmente opuesta, puesto que operan, por el contrario, una sedación general y local.

¿Cuál es el agente de esta sedación? ¿Es por esto que tales fuentes se denominan degeneradas, esto es, que contienen el azufre al natural ó hiposulfitos? O bien, ¿es necesario, como ya hemos dicho, hacer intervenir también el papel del ázoe, que ciertas aguas sulfurosas contienen en notable cantidad y que suaviza los efectos estimulantes del azufre? (1).

(1) ALBERTO ROBIN.—Discusión acerca el papel del ázoe en las aguas minerales (*Annales d'hydrologie et de climatologie médicales*, 1897).

¿Es una cuestión de termalidad ó de asociación con el azufre de determinado principio mineral?

Sea cual fuere la explicación, recojamos simplemente el hecho y utilicémosle en la terapéutica uterina.

Esta acción sedante alcanza su máximum en algunas estaciones, como *Saint-Sauveur*, hasta el punto que Caulet ha podido escribir que «abstracción hecha de los efectos terapéuticos propiamente dichos, efectos secundarios, relativos, y que, resultando de los más diversos agentes, no pueden caracterizar una medicación, la cura de *Saint-Sauveur* se distingue entre todas por una acción particular sobre el sistema nervioso, acción constante, ó poco menos, en los individuos sanos y que ofrece cierta analogía con la de los bromuros.» Estos fenómenos de sedación primitiva no deben confundirse con los accidentes de depresión secundaria, que no son más que la consecuencia de una sobrexcitación termal exagerada.

4.° INDICACIÓN TERAPÉUTICA GENERAL.—Esta oposición entre estos dos tipos de aguas sulfurosas, amplía considerablemente el papel de éstas en el tratamiento de las afecciones uterinas. Así, pues, el tipo excitomotor (tipo *Cauterets*, *Luchon*, *Barzun*, etc.), conviene sobre todo á las enfermas en quienes la indicación dominante es una indicación general, la del terreno, de la nutrición, la de la insuficiencia de las reacciones orgánicas, cuando se trata de restaurar el organismo, de levantar las fuerzas, de excitar los cambios retardados, de estimular una lesión local tórpida.

En cambio, el tipo sedante (*Saint-Sauveur*, *Petit-Saint-Sauveur de Cauterets*, *Gréoulx*, *Saint-Gervais*) se recomendará en todos los casos en que deba evitarse la menor excitación, en las neurópatas esenciales y en aquellas en que la neuropatía depende de una afección uterina, ó también cuando la afección uterina es demasiado excitable para tolerar una cura sulfurosa, estando entonces, sin embargo, indicada por razones de orden general.

Entre las aguas de este grupo, insistiremos brevemente en las de *Saint-Honoré*, sulfurosas sódicas débiles y arsenicales, que reunen, á dosis moderada, una acción general sedante de los sistemas nervioso y circulatorio y una acción moderadora de la nutrición. Según Mauricio Binet, producen un efecto local modificador de los elementos glandulares y celulares de las mucosas y de la piel. A dosis fuertes, determinarían una excitación general y local con fiebre, congestión, dolor y agudización de los fenómenos crónicos.

Tienen una influencia anticatarral, descongestionante y hasta resolu

tiva muy acentuada en las afecciones ginecológicas crónicas, y dan excelentes resultados en el catarro uterino y aun en las metritis parenquimatosas, las salpingitis y en los residuos inflamatorios.

Convienen en los casos en que se ha de temer una reagudización, y á las mujeres cuyo sistema nervioso tiene necesidad de ser calmado y cuyo estado general desfallece.

En estas enfermedades se administran:

1.° Al interior, para levantar el estado general á menudo descaido, excitando el apetito, acelerando la digestión, regulando los cambios nutritivos, y también porque sus principios se eliminan parcialmente por las mucosas.

2.° Localmente, sobre todo en irrigaciones vaginales á elevada temperatura, prolongadas de diez á treinta minutos, pero sin percusión, y en cuanto sea posible, durante el baño.

Salvo el caso de excitabilidad demasiado viva del útero ó de los anexos, preferimos este procedimiento al empleo del espéculo de baño, que no permite utilizar una termalidad elevada.

Lo que caracteriza á esta variedad de cura sulfurosa, es que el tratamiento puede ser sedante uterino y nervioso, al mismo tiempo que tónico del estado general estimulando los actos nutritivos retardados.

5.° **FORMA DE EMPLEO.** — No nos detendremos en la forma de administración de las aguas sulfurosas. Hemos insistido en la hidrorrea termal, en la excitación uterina que la cura determina hacia el duodécimo día, en las modificaciones de la menstruación que podía provocar, en la oposición á establecer entre las aguas excitomotoras y las sedantes. Estas indicaciones proporcionan otros tantos elementos para la dirección de la cura.

Se utilizará la balneación, más raramente la irrigación local ó la ducha, y según los casos el uso interno del agua. Pero sea cual fuere el modo de administrarlas, es necesario recordar que la cura sulfurosa debe manejarse con la más extremada prudencia, que la enferma exige una vigilancia constante, que la cura debe siempre ser interrumpida en el momento de las primeras manifestaciones del período menstrual, que toda maniobra local está formalmente prohibida durante la cura, y que ésta nunca se dirigirá con demasiada discreción y sobrada lentitud, puesto que cada reacción local exige bien pronto su suspensión momentánea.

6.° **PRINCIPALES ESTACIONES SULFUROSAS.** — Las estaciones sulfurosas en que se trata á las uterinas, son las siguientes:

Entre las sulfurosas sódicas, en primer lugar, *Saint-Sauveur;* luego algunas fuentes de *Cauterets*, como la *Petit-Saint-Sauveur* y *le Bois;* luego las *Eaux-Chaudes*, *Olette*, *Saint-Honoré*, *Le Vernet*, *Aix*, *Uriage*, etc.

Entre las sulfurosas cálcicas, citaremos: *Gréoulx*, *Cambo* y *Pierrefonds.*

Las estaciones extranjeras más renombradas son: *Aix-la-Chapelle* en Alemania, *Baden* en Austria, *Schinznach* en Suiza y *Acqui* en Italia.

C.—Aguas indeterminadas y aguas débilmente mineralizadas sin dominante químico

1.° ACCIÓN SOBRE EL ÚTERO.—Este grupo de aguas goza de grande y antiguo favor en el tratamiento de numerosas afecciones ginecológicas, y deben probablemente este favor á que las que de entre ellas más frecuentemente se recomiendan poseen propiedades sedantes. Esta sedación, que es á la vez local y general, permite utilizarlas en los casos en que reacciones vivas y un estado neuropático se asocian á una afección uterina fácilmente congestiva.

Pero esta propiedad de la sedación no podría atribuirse indiferentemente y en *bloc* á todas las aguas incluídas en la anterior denominación. En efecto, por un lado, modificando la termalidad y la forma de aplicación de las aguas más sedantes, se hará variar por completo su indicación, puesto que se pueden provocar, aun con estas mismas aguas sedantes, fenómenos más ó menos intensos de excitación. Y, por otra parte, gran número de estas aguas, consideradas equivocadamente como indeterminadas, poseen actividades especiales que las han, por decirlo así, especializado para el tratamiento de ciertas afecciones.

Tenemos *Bagnoles-de-l'Orne*, que reivindica el tratamiento de las flebitis y de las periflebitis; luego *Plombières*, que tiene reconocida eficacia en gran número de afecciones gastrointestinales, como las dispepsias hiperesténicas, las enteritis, la enterocolitis mucomembranosa. Al lado de éstas, en *Ussat*, *Luxeuil*, *Champagne*, *Evaux*, *Neris* en Francia, además en *Gastein*, en Austria, y en *Schlangenbad*, en Nassau, se tratan de un modo más especial las afecciones uterinas.

¡Pero qué diferencia entre estas diversas aguas! Así, *Ussat* es tan francamente sedante, que Garrigou, que posee grande experiencia de esta estación, declara que sus aguas llegan á abatir hasta tal punto las fuerzas, que durante los primeros días de la cura las enfermas con

trabajo se mueven y pueden andar, lo que constituye, por otra parte, un fenómeno favorable en mujeres afectas de metritis ó sujetas á metrorragias.

Neris, hipostenizante como *Ussat*, dotada igualmente de propiedades ligeramente resolutivas, puede, en algunos casos, ser excitante, como ha demostrado de Ranse.

Luxeuil, con sus fuentes llamadas salinas, comienza estimulando el aparato útero-ovárico, provoca el abultamiento del abdomen, despierta los dolores hipogástricos ó iliolumbares irradiados, aumenta los flujos mucosos y sanguíneos, y estimula al mismo tiempo el organismo entero, comprendiendo también el sistema nervioso. Pero, después de este brote pasajero, todo se calma hasta el vigésimo ó trigésimo baño; reaparecen entonces los fenómenos del principio, indicando la necesidad de terminar el tratamiento.

Su acción es, pues, ligeramente estimulante al comienzo, sedante luego, y por último, definitivamente excitante. Las fuentes llamadas ferruginosas de esta estación provocan síntomas de excitación mucho más acentuados, están contraindicadas en las nerviosas y convienen, por el contrario, á las deprimidas y anémicas.

Evaux, á pesar de su débil mineralización, tiene una acción excito-motora y congestionante, muy patente sobre el aparato genital, y goza merecidamente de gran reputación para el tratamiento de las amenorreas.

Estos diversos ejemplos, que nos sería fácil multiplicar, demuestran claramente la imposibilidad de establecer una fórmula general que responda á las indicaciones de las aguas indeterminadas y débilmente mineralizadas.

Todo cuanto puede decirse es que, en general, son sedantes del sistema nervioso, y á esta sedación nerviosa es á la que algunas de ellas deben su acción indirectamente reconstituyente. Morice, demostrando las modificaciones que la balneación de *Neris*, por ejemplo, establecía en la eliminación de los fosfatos, ha proporcionado al menos una de las pruebas de esta reconstitución por suspensión de una pérdida anómala.

En lo que toca á las enfermedades genitales, es todo cuanto puede pedírseles, salvo en algunos casos especiales, y esto es lo que Max Durand-Fardel ha expresado perfectamente diciendo: «Las enfermedades uterinas encuentran en las aguas indeterminadas una medicación de preciosos recursos. Existe un conjunto de anemia, de nervosismo, de irritabilidad, que, en muchos casos, aparte de todo estado diatésico determinado, ó aun en presencia de estados diatésicos que parecían tener que dominar la indicación, es el mayor obstáculo para su tratamiento, y contra el que la

terapéutica ordinaria no dispone sino de muy insuficientes recursos. El empleo de aguas minerales más activas, á pesar de aparentes indicaciones, tropieza á menudo contra firmes intolerancias.»

En el grupo de las indeterminadas, incluiremos las aguas sulfatado-cálcicas débiles, entre las que se podría incluir también *Ussat*, y que comprende *Bagnères-de-Bigorre*, *Aulus*, *Bath*, *Loèche*, y en un grupo más especializado, *Contrexéville*, *Vittel*, *Martigny*, *Capvern*, etc.

El primer grupo, cuyo efecto es sedante, conviene á las neurópatas; el segundo se reservará para las uterinas calculosas, gotosas ó afectas de trastornos vesicales. En *Bagnères-de-Bigorre*, donde hay múltiples fuentes ferruginosas, sulfurosas, laxantes, sedantes, será fácilmente posible combinar los tratamientos sedante y tónico.

2.° FORMA DE EMPLEO. — Las aguas de estos grupos se administran:

1.° En baños más ó menos prolongados, de veinticinco minutos á una hora ú hora y media;

2.° En irrigaciones tomadas en el mismo baño, ya directamente con la cánula usual, ya mejor aun por medio de un espéculo de baños de caucho endurecido. Se pueden también dar en el baño de asiento de agua corriente, tal como está instalado en *Luxeuil*, por ejemplo. Esta irrigación que debe hacerse sin presión, durará unos cinco, diez ó quince minutos á lo más. Cuando el útero es muy irritable, se substituirá la irrigación por la balneación directa empleando solamente el espéculo de baños;

3.° En duchas ascendentes, que reclaman grandes precauciones en su administración, porque determinan algunas veces molestias, cólicos y hasta diarrea. Tillot, de *Luxeuil*, les atribuye un efecto resolutivo sobre los restos de perimetritis;

4.° En duchas lumbares y en duchas hipogástricas, cuyo empleo debe vigilarse con el mayor cuidado á causa de su acción á menudo excitante. Se deberán siempre administrar tibias, y dividiendo lo más posible el chorro por medio de una terminación en regadera.

D. — Aguas cloruradobicarbonatadas ó sulfatadas; bicarbonatadas simples (sódicas, cálcicas); bicarbonatadas-cloruradas; sulfatadas y sulfatadas-cloruradas

1.° INDICACIONES PRINCIPALES. — Los grupos de aguas minerales á que acabamos de referirnos poseen todos, más ó menos, un género de especialización uterina fundada sobre todo en la tradición y en la obser-

vación. No quiere esto decir, como hemos visto, que tengan una acción directa sobre el útero, y se pueden explicar muy bien la mayor parte de sus efectos considerando sólo su influencia sobre el estado general, pero cuando menos tienen una especie de repercusión uterina directa.

Al contrario, las aguas que figuran en el título que encabeza este párrafo, no pueden, salvo excepción, reivindicar ninguna acción local directa sobre el útero. Modifican ó bien los estados generales y diatésicos de las uterinas, ó también las afecciones locales que pueden repercurtir sobre el aparato genital, ó por último, ciertas complicaciones, que vienen á acrecentar la susceptibilidad ó agravar las enfermedades propias de éste. Consideradas en conjunto, estas aguas convienen también más especialmente á las falsas uterinas.

Por tanto, para citar ejemplos, Martineau aconsejaba el empleo de las aguas bicarbonatadosódicas en las artríticas afectas de metritis. Max Durand-Fardel indicaba en estos casos *Royat* ó *Ems;* atribuía además á las aguas de *Vichy* propiedades resolutivas locales.

Consideramos, con la mayoría de los hidrólogos, que estas aguas pueden prestar grandes servicios si no se les exige más de lo que pueden dar, esto es, si sólo se emplean, en caso de afección uterina, por ejemplo, hasta el momento en que ya se haya tratado y modificado suficientemente la enfermedad local por los medios apropiados. Intervienen, pues, en la mayoría de los casos, como tratamiento de segunda etapa.

En principio, las aguas bicarbonatadosódicas se reservarán para las uterinas que presenten síntomas herpéticos ó gastrointestinales, y para las enfermas cuyos trastornos uterinos parecen ser causados ó agravados por una afección susceptible de ser tratada en estas estaciones como la litiasis biliar. Se utilizarán, pues, según las indicaciones, *Vichy*, *Fachingen*, *Bilin*, *Vals*, *Neuenahr*.

Las bicarbonatadas mixtas y las bicarbonatadocloruradas como *Royat*, *Ems*, *Saint-Nectaire*, convendrán á las anémicas y á las artríticas afectas de trastornos gástricos, evolucionando en el sentido de la insuficiencia.

A las aguas de *Châtel-Guyon* se destinarán las mujeres que sufren constipación crónica, esa causa tan frecuente de agravación de los trastornos uterinos. En el mismo concepto, las aguas laxantes de *Brides*, *Carlsbad*, *Tarasp*, *Marienbad*, etc., con su acción descongestionante, convendrían en las afecciones ginecológicas que van acompañadas de coprostasis y de plétora abdominal.

2.° **FORMA DE EMPLEO.**—La manera de administrar estas aguas no se presta á consideraciones de conjunto y depende únicamente de las indicaciones individuales. Se emplean en bebida y en baños, pero es sobre todo al interior que se obtienen los más notables resultados.

E.—Aguas ferruginosas

1.° **INDICACIONES PRINCIPALES.**—Las aguas ferruginosas cuyos principales tipos son: *Spa*, *Orezza*, *Forges-les-Eaux*, *Bussang*, *Renlaigue*, *Schwalbach*, *Pyrmont*, *Saint-Moritz*, *Franzensbad*, etc., están indicadas en dos casos bien precisos: primero, cuando existe un estado anémico dependiente de una lesión ó de un trastorno uterino; luego, para combatir los varios trastornos, como leucorrea, amenorrea, dismenorrea, que corresponden á la clorosis. En efecto, la acción fundamental de estas aguas es estimular los cambios orgánicos y activar las oxidaciones azoadas.

Aun cuando existiera esta indicación de la anemia y la clorosis, se prohibirán las aguas ferruginosas á las uterinas nerviosas y eréticas, así como á las que ofrecen trastornos gástricos é intestinales, especialmente si estos trastornos gástricos dependen de la hiperestenia con hipercloridria.

Con todo, es cierto que *Forges-les-Eaux*, menos excitante que *Spa*, podrá, en rigor, emplearse en las nerviosas. Por otra parte, *Franzensbad*, aunque ferruginosa, no sentará mal á las uterinas afectas también de plétora abdominal ó de trastornos intestinales que se manifiestan por constipación.

Los médicos alemanes ponderan en las diareas crónicas, en los catarros vaginales, en las metrorragias y las hemorragias de las anémicas y de las cloróticas ciertas aguas ricas en sulfato de hierro, como *Parad*, *Muskau*, *Roncegno*, *Levico*, *Alexisbad*, que gozan de propiedades astringentes generales y locales. Sin contradecir esta manera de ver, que parece basada en algunas observaciones bastante comprobantes, creemos no obstante que este tipo de agua está contraindicado en las nerviosas y las congestivas.

2.° **FORMA DE EMPLEO.**—Las aguas ferruginosas se emplean sobre todo en bebida. Cuando el útero es muy tórpido, pueden utilizarse en inyecciones vaginales.

F. — Aguas arsenicales

1.° ACCIÓN SOBRE LOS CAMBIOS ORGÁNICOS. — Las aguas arsenicales poseen sobre la nutrición elemental una acción de las más notables, puesta perfectamente de relieve por Félix Bernard y luego por Heulz y Cathelineau, quienes han demostrado que el agua de la *Bourboule*, tomada en bebida disminuía los cambios y las oxidaciones azoadas, el ácido fosfórico, el ácido sulfúrico, la relación del ácido fosfórico con el ázoe total y $\frac{Ph^2O^5}{NT}$ aumentaba los cloruros. La misma agua administrada en baños, obra de un modo casi inverso. Si se da á la vez el agua en bebida y baños, la acción del agua al interior predomina sobre el efecto de los baños, pero la influencia de éstos no deja por ello de sentirse, y el retardo de los cambios azoados es menos acentuado que con la simple ingestión del agua.

Estos datos fisiológicos hacen de la *Bourboule* (1) una estación muy especial, en la que, por una hábil selección de las prácticas termales, se pueden tratar en las uterinas la aceleración nutritiva, el retardo de los cambios y hasta los casos intermedios en que domina la irregularidad de los cambios, siempre que estas aguas no estén contraindicadas por el estado local.

2.° INDICACIONES PRINCIPALES. — En principio, las aguas arsenicales convienen sobre todo á las linfáticas y á las escrofulosas, con la condición de que las determinaciones de estas diátesis sean puramente catarrales, y, por consiguiente, superficiales. Citamos á este respecto, como indicación especial, la leucorrea vaginal de las linfáticas ó también las leucorreas que sobrevienen en las eczematosas y las acneicas, siempre á condición de que el terreno sea linfático ó herpético.

La Bourboule es la estación arsenical mejor organizada. Pero ciertas fuentes de *Mont-Dore*, de *Saint-Nectaire*, de *Vals*, de *Plombières*, de *Royat*, contienen también cantidades mayores ó menores de arsénico, y se cree que dependen de esta última cualidad arsenical algunas de sus especializaciones terapéuticas.

(1) F. BERNARD. — Informe acerca de mi misión en la *Bourboule* (*Archives générales d'hydrologie*, 1894). — L. HEULZ y H. CATHELINEAU, Ensayo de química biológica aplicada á la acción fisiológica y terapéutica de las aguas de la *Bourboule*, París, 1894.

G. — Baños de lodo

1.° ACCIÓN SOBRE EL ÚTERO.— Los baños de lodo más conocidos son los de *Dax*, *Saint-Amand*, *Barbotan*, *Franzensbad*, *Marienbad*, *Acqui*, *Battaglia*, etc. La estación de *Franzensbad* en particular goza de gran reputación para el tratamiento de las enfermedades de la mujer. Los médicos de la estación la recomiendan en las afecciones crónicas del sistema genital de la mujer (anomalías de la menstruación, metritis y ovaritis crónicas, posiciones viciosas del útero, exudados peri y parametríticos). Por otra parte, gracias á los estudios de Carl Klein (1), la estación de *Franzensbad* se ha francamente especializado para el tratamiento de las afecciones uterinas.

El baño de lodo obra en concepto de tónico sobre los síntomas secundarios y sobre los cambios nutritivos; es, además, modificador local por su influencia directa sobre los órganos enfermos. C. Klein cita, como ejemplo de este efecto local, la manera como el baño de lodo activa la subinvolución del útero después del parto; si la regresión uterina se ha interrumpido, el baño de lodo restablece la involución normal, provocando una secreción parecida á los loquios (2). Esta acción local produce una fluxión metódica que origina la relajación de los tejidos, facilita la reabsorción de los exudados y estimula las evoluciones regresivas.

A menudo en el curso del tratamiento la fluxión termal determina una cierta excitabilidad en las partes enfermas, y el examen revela entonces una menor dureza y como una especie de relajación de los productos inflamatorios, fenómenos que demuestran aún la acción local de los lodos y que son necesarios para asegurar la reabsorción.

2.° FORMA DE EMPLEO.— Estos baños se administran en medios baños ó baños de asiento, más raramente en baños completos ó generales. Cuando se trata únicamente de hacer una cura local y no se tiende á modificar profundamente el estado general, los medios baños y hasta los baños de asiento resultan perfectamente suficientes.

En *Dax* se dan los baños á la temperatura de 38 á 46°, comenzando, por supuesto, por la temperatura más baja y procediendo luego muy progresivamente. El máximum útil oscila de 42 á 45°.

(1) CARL KLEIN. — De la eficacia de los baños de lodo en el tratamiento de las enfermedades de la mujer, Franzensbad, 1890.

(2) Véase también el excelente trabajo de CH. LAVIELLE. — Las estaciones de lodos minerales en Europa, París, 1892.

La duración del baño no debe pasar de diez á doce minutos. Después del baño, se da á la enferma una ducha de agua termal á 40°; se la envuelve en seguida en una manta de lana y se la lleva á su cama donde experimenta una sudoración más ó menos abundante. Al cabo de media hora, se quita la manta, se seca con fuerza y permanece la enferma en reposo durante una hora aproximadamente, á fin de acomodarse poco á poco á la temperatura exterior, porque todo enfriamiento podría tener desagradables consecuencias.

No se dejará de colocar sobre la cabeza de la enferma, mientras dure el baño, una compresa mojada en agua fría y refrescada con frecuencia, y esponjarle la cara con agua fría. El baño se tomará siempre en ayunas.

En *Franzensbad* la temperatura del baño no pasa de 32 á 35°, y esta temperatura parece adaptarse mucho mejor al tratamiento de las afecciones uterinas. Si las enfermas tienen tendencia á las hemorragias, se procurará rebajar la temperatura de los baños y reducirla á 30 y aun á 28°.

3.° ACCIÓN EN LAS HEMORRAGIAS UTERINAS.— En principio los baños deben suspenderse en caso de pérdidas sanguíneas. Con todo, C. Klein considera que cabe hacer distinción entre las hemorragias.

Las que tienen un carácter menstrual y son debidas á una fluxión ovárica más intensa, contraindican la continuación del baño, que no debe reanudarse hasta después que hayan cesado.

Al contrario, las hemorragias que provienen únicamente del útero y tienen un carácter de continuidad que excluye la idea de un origen menstrual, que sobrevienen en mínima cantidad á la menor sacudida y que pueden atribuirse á la flojedad misma de la mucosa uterina, estas hemorragias podrían tratarse por los baños de lodo y la acción tonificadora de éstos sobre la matriz tendría por efecto moderarlas y hasta suprimirlas.

Es necesario siempre suspender los baños de lodo al aproximarse las reglas y no continuarlos hasta que hayan terminado.

4.° ACCIÓN SOBRE LA NUTRICIÓN. — La acción general de los baños de lodo sobre la nutrición ha sido bien precisada por Mauricio Leblanc (1), quien ha comprobado que estos baños aumentaban la cantidad de orina, de urea, de ácido úrico, los cloruros y los sulfatos, mientras que el ácido

(1) LEBLANC. — Las aguas y los lodos de Saint-Amand (*Annales d'hydrologie et de climatologie médicales*, Septiembre y Octubre, 1896).

fosfórico tendería á disminuir. Powritz (1) ha comprobado también un aumento de los cambios azoados, una mejor asimilación y una disminución del azufre en combinación orgánica; pero considera, al contrario que Leblanc, que los baños de lodo disminuyen la excreción urinaria.

Este aumento de los principales residuos de la nutrición habla muy en favor de una sobreactividad comunicada á ésta, y explica cuando menos una de las formas de acción más importantes de estos baños.

V

De los medios auxiliares de la terapéutica termal en el tratamiento de las enfermedades de la mujer y su forma de empleo.

Los principales medios auxiliares de las aguas termales en el tratamiento de las uteropatías son: los baños de ácido carbónico de *Kissingen*, *Royat*, *Saint-Nectaire*, las aplicaciones locales de aguas madres salinas ó de lodos minerales, los baños de suero lácteo y la hidroterapia.

A.—Baños de ácido carbónico

No hablaremos extensamente de los baños de ácido carbónico, porque no se han fijado aún bien los resultados que proporcionan. Si pueden algunas veces calmar las neuralgias del aparato genital, es indudable que son casi siempre congestivos, lo que hace que estén indicados en las amenorreas por inercia uterina.

La duración ordinaria de estos baños es de diez á doce minutos. En mujeres muy tórpidas, se puede llegar hasta á veinte minutos.

La acción de los baños puede aumentarse con la administración de duchas locales de ácido carbónico, pero éstas deben manejarse con las mayores precauciones.

(1) Powritz. — Influencia de los baños de lodos calientes sobre la nutrición (*Soryno Bousskaïa Meditzinskaïa Gazeta*, 1896, n.° 415.)

B.—Aplicaciones locales de aguas madres salinas

Las aplicaciones locales de aguas madres salinas en compresas sobre el abdomen, medio muy empleado en las estaciones cloruradosódicas fuertes, constituyen un agente útil de sedación local en las uterinas que han tenido que enviarse á las aguas tónicas y excitantes, y en las que cabe temer que la acción estimulante no se extienda demasiado vivamente al aparato genital.

En tesis general, las compresas empapadas de aguas cloruradosódicas fuertes ó de aguas madres cloruradosódicas ó cálcicas, son excitantes. Las mojadas en aguas madres cloruradomagnésicas son sedantes.

Se aplican en igual forma que las compresas calentadoras. Se moja un paño en el agua madre, se escurre ligeramente y se aplica sobre el abdomen; se cubre con una hoja de tafetán engomado, luego con una capa de algodón, y se fija todo por medio de un vendaje de franela. La compresa aplicada por la noche después de meterse en cama y unas dos horas y media aproximadamente después de la comida, es mantenida primero durante una hora, luego se aumenta progresivamente el tiempo y se llega á dejarla colocada toda la noche. No debe provocar en el momento de aplicarla más que una muy breve sensación de frío rápidamente seguida de una reacción de calor agradable. Cuando se quita, se debe secar suavemente el abdomen y procurar que permanezca en cama la enferma aproximadamente una hora, con objeto de evitar toda clase de enfriamiento local.

Estas compresas tienen una acción resolutiva, descongestionante y sedante.

C.—Cataplasmas de lodo

Las cataplasmas de lodo mineral, como las compresas empapadas de aguas madres, tienen la ventaja de poder ser empleadas en el domicilio, sin cambio de lugar.

Se preparan añadiendo al lodo seco la suficiente cantidad de agua caliente para que este lodo adquiera la consistencia de una cataplasma blanda. En vez de agua caliente se empleará, según los casos, un agua cloruradosódica ó un agua madre cálcica ó magnésica. Esta mezcla se aplica directamente ó á través de un saco de tela sobre la región elegida, por la mañana, mientras la enferma permanece todavía en cama.

La duración de la aplicación varía de treinta y cinco á sesenta minutos.

Terminados los fomentos, se seca la región y se cubre con franela, haciendo que la enferma permanezca en cama durante una hora.

El método de aplicación local de los lodos, que ha sido designado por Barthe de Sandford con el nombre de *ilutación parcial* difiere del precedente en que el lodo, simplemente calentado por medio de un aparato especial, es aplicado sobre la región, directamente, como si se tratara de una pomada espesa, y recubierto en seguida con una tela aisladora.

El empleo local de los lodos se ha reservado hasta hoy para las afecciones de los huesos y de las articulaciones, pero en tal afección uterina tórpida, metritis crónica de antigua fecha, dismenorrea, sería posible obtener buenos resultados con su empleo.

D.—Baños de pinos

Los baños de pinos gozan de gran predicamento en varias estaciones alemanas y en las estaciones húngaras de *Tàtra-Fured.*

Se preparan de varias maneras, ya machacando directamente en el baño pequeñas ramas de pino con sus hojas, bien añadiendo al baño dos ó tres cubos de un cocimiento de estas mismas ramas de pino.

Tienen una acción tónica y calmante á la vez, y parecen más especialmente indicados en las mujeres linfáticas y artríticas afectas de leucorrea. Está demostrado que verdaderamente obran sobre la secreción mucosa. Resulta también ventajoso, en los casos de leucorrea, practicar inyecciones ó hasta irrigaciones vaginales mientras permanecen en el baño.

En Francia, no se emplean los baños de pinos, y creemos, no obstante, que serían muy útiles á las uterinas, por la regularización que aportan á las funciones de la piel, que adquiere, después de algunos baños, una suavidad muy especial.

E. — Baños de suero lácteo

Los baños de suero lácteo se emplean sobre todo en *Ischl.* En Francia no es conocido su uso.

Tienen por objeto moderar la acción excitante que las aguas cloruradosódicas fuertes ejercen en las mujeres de piel fina y delicada; des-

empeñan, pues, el papel de un verdadero cosmético. Pero, aparte de este efecto puramente local y callígeno, los baños de suero lácteo, por las materias orgánicas que añaden al agua salina, atemperan la estimulación general y local que ésta provoca, sin alterar sus efectos tónicos. Su acción, en una palabra, es como todas las otras materias orgánicas que, agregadas á los baños excitantes, atemperan su actividad.

Esto no es de despreciar cuando se emplean las aguas clorurado-sódicas fuertes en baños de alta concentración, puesto que una enferma de útero excitable, que no debería pasar de los baños de débil concentración, soportará fácilmente baños más cargados y por consiguiente más activos por lo que respecta al estado general, si al baño se adiciona suero lácteo.

Pero la cosa no siempre es fácil, porque, aparte del precio á que resulta, no se encuentra á mano suero lácteo en todas partes. Proponemos para vencer la dificultad usar en substitución *gelatina de París*, que se añadirá al baño á la dosis de 150 á 250 gramos, á fin de evitar la excitación local que provocan en algunas mujeres estos baños demasiado fuertemente mineralizados.

En resumen, los baños de suero lácteo ó baños gelatinados se reservarán para las enfermas cuyo estado general conviene levantar vigorosamente por los baños salinos de alta concentración, sin excitar en demasía un estado local irritable.

F. — Hidroterapia

1.° INDICACIONES PRINCIPALES Y FORMA DE EMPLEO. — La hidroterapia es verdaderamente uno de los medios auxiliares más importantes en el tratamiento hidromineral de las enfermedades de la mujer. Empleada sola, ha proporcionado muchas veces á los especialistas muy notables resultados; no hay más que consultar los excelentes Tratados de Beni-Barde y Materne (1), de F. Bottey (2), de E. Duval (3), etc., para comprender su eficacia y enterarse de la técnica.

No podemos ocuparnos aquí de las indicaciones y procedimientos de la hidroterapia; sólo trataremos de su papel coadyuvante en las curas hidrominerales.

En primer lugar, todos los procedimientos hidroterápicos, á condición

(1) BENI-BARDE y MATERNE. — La hidroterapia en las enfermedades crónicas y las enfermedades nerviosas. París, 1894.
(2) F. BOTTEY. — Tratado teórico y práctico de hidroterapia médica. París, 1895.
(3) E. DUVAL. — Tratado teórico y clínico de hidroterapia. París, 1888.

de ser empleados por persona experta, pueden ser utilizados como accesorios del tratamiento. Así sucede, por ejemplo, que, en las aguas cloruradosódicas fuertes, es á menudo ventajoso, en las uterinas muy tórpidas, reforzar la estimulación producida por los baños por medio de una ducha extremadamente corta (cinco á diez segundos) de agua salina fría pulverizada sobre toda la superficie del cuerpo, terminando con un chorro muy corto directo sobre los pies. Evidentemente este procedimiento no sería aplicable á la uterinas excitables ó congestivas.

En segundo lugar, las duchas localizadas, según el método comenzado por Fleury, administradas con los aparatos de la hidroterapia general, frías y calientes, escocesas ó alternantes, etc., producirán, según los casos, los más opuestos efectos.

La *ducha fría lumbar*, corta y percusora, tiene un efecto antiespasmódico sobre los vasos uterinos y facilita el flujo catamenial en la *amenorrea* y en algunas *dismenorreas*. La misma ducha prolongada (quince á veinte segundos y más) y entrecortada, determina una contracción de los vasos del útero.

Trousseau ha observado que las hemorragias uterinas vinculadas á *neuralgias del plexo lumboabdominal* se cohibían con la ducha fría, que obra entonces como revulsiva y analgésica.

Bottey manifiesta que la *ducha lumbar muy caliente* (50 á 55°) determina fenómenos de vasoconstricción en los vasos uterinos y podría ser empleada en las *metrorragias* y en algunas formas de *dismenorrea congestiva*.

La *ducha hipogástrica fría* de quince á veinte segundos de duración, y á presión moderada, puede servir de auxiliar en ciertas *congestiones uterinas*, en la *metritis parenquimatosa*, y sobre todo en los trastornos tan numerosos que acompañan á las *desviaciones uterinas*.

La *ducha hipogástrica caliente* á 35 grados y prolongada, así como la *ducha escocesa revulsiva*, convendrán en las afecciones uterinas dolorosas ó complicadas por un elemento espasmódico, como el *vaginismo*, las *contracciones dolorosas* del útero ó del cuello, etc.

La *ducha fría á pleno chorro sobre los pies*, más ó menos prolongada, provoca un aflujo de sangre hacia los extremos inferiores y favorece la *menstruación* en las jovenes en que es dificultosa su aparición.

El *baño de asiento frío con ducha circular* y con *ducha perineal*, prolongado de cinco á doce minutos, estimula la contractilidad muscular y puede dar resultado en algunos casos de *relajación de los órganos de la pequeña pelvis*, lo propio que en algunas mujeres afectas de *amenorrea* ó de *dismenorrea congestivas*.

El *baño de asiento frío con ducha vaginal* que ha de distinguirse bien de la *irrigación vaginal*, lo reserva F. Bottey para los casos en que se quieren producir efectos vasodilatadores sobre los vasos uterinos, como en algunas amenorreas ó dismenorreas de clase espasmódica, en algunas formas de inflamación tórpida y de induración de la matriz, en la anestesia vulvar, etc. La ducha deberá darse con cierta presión, de manera que se determine una percusión sobre el cuello uterino, y su duración será muy poca (uno á tres minutos); no debe, en ningún caso producir dolores.

La *ducha fría ascendente* ó *rectal*, de uno á tres minutos, da á menudo resultado en la ovaralgia.

La *irrigación vaginal fría* de 8 á 12°, de sólo uno á dos minutos de duración, provoca una dilatación vasomotora é hiperemia uterina. A una temperatura inferior de 15 á 20°, sin presión y prolongada quince á veinte minutos, ha dado á Gallard excelentes resultados en la metritis crónica, los infartos del cuello, las desviaciones uterinas.

La *irrigación caliente* á 50°, muy lenta, sin presión, á modo de baño local muy caliente, combate las hemorragias uterinas, la congestión de la matriz, la involución lenta después del parto, y estimula vigorosamente la contractilidad de las fibras lisas del útero.

En suma, como lo ha demostrado Max Runge en sus experiencias comparativas acerca la acción del agua muy fría y del agua muy caliente sobre el útero (1), las dos producen casi los mismos fenómenos, esto es, contracciones musculares prolongadas, sin parálisis secundaria. En la práctica, el empleo de los dos medios determina igualmente también contracciones prolongadas. No obstante, el empleo del agua caliente ha sido el que ha prevalecido en ginecología. Según Auvard, se explica por tres razones principales:

La primera consiste en que, en muchas circunstancias es más fácil procurarse agua caliente que agua suficientemente fría.

La segunda es que, según observación de muchos médicos, el empleo del agua fría expone más fácilmente al colapso que el del agua caliente.

La tercera, por último, está en las mujeres mismas, que, sometidas alternativamente á los dos tratamientos, prefieren mucho más el del agua caliente, porque es menos doloroso. Las inyecciones de agua fría producen, en efecto, molestias locales, contracciones uterinas dolorosas y pueden repetirse por más ó menos tiempo.

Añadamos á estos tres motivos que, clínicamente el agua caliente da en realidad mejores resultados que la fría.

(1) Véase la excelente Revista de AUVARD en el *Bulletin de Thérapeutique*, 1883.

2.° IRRIGACIONES RECTALES CALIENTES. — P. Reclus (1) considera que las irrigaciones rectales de agua caliente tienen á menudo grandes ventajas sobre la irrigación vaginal, especialmente cuando se trata de impresionar el cuerpo del útero.

Aconseja la técnica siguiente: se emplea un irrigador lleno de agua á 55°, y una vez introducida la cánula en el ano, se regula suavemente la salida del líquido de manera que no provoque contracciones intestinales expulsivas demasiado acentuadas. Cuando parece que va á expulsarse, se suspende y se hace permanecer á la enferma en absoluta inmovilidad durante media hora. Luego se deja vaciar el intestino, y se practica una irrigación vaginal caliente.

Este tratamiento puede aplicarse diariamente en el intervalo de las reglas.

P. Reclus ha observado que, por su influencia, desaparecían los dolores de riñones, la sensación de pesadez uterina, los flujos sanguíneos de los fibromas y de las metritis hemorrágicas. Añade que, antes de recurrir á la cirugía, es prudente ensayar este tratamiento por las inyecciones rectales de agua caliente, que á menudo los tumores y el empastamiento de los fondos de sacc se aminoran, y que aproximadamente una por cada tres veces se observa que las enfermas mejoran, curan ó experimentan tal mejoría que la intervención se retarda indefinidamente. Se comprende, pues, toda la importancia de este medio de tratamiento y el papel que puede desempeñar como coadyuvante de una cura termal.

VI

De la higiene y del régimen durante la cura termal

Una higiene y un régimen bien entendidos son poderosos auxiliares de toda cura hidromineral. Bien se ha comprendido en algunos establecimientos de aguas extranjeros en los que las enfermas deben sujetarse á prescripciones relativamente severas, y sería de desear que lo mismo ocurriese en nuestras estaciones francesas, lo cual depende únicamente del médico. Es necesario que éste adquiera autoridad sobre sus enfermas, que las persuada del interés que deben tener en que la cura de agua no se convierta en temporada de recreo, de la incompatibilidad absoluta que existe entre la cura hecha cuidadosamente y la continuación de la vida de sociedad.

(1) P. Reclus.—Conferencias en el hospital de la Pitié, 1893.

Insistimos en esta importante cuestión, dirigiéndonos, no sólo á los médicos de los balnearios, si que también á los facultativos de cabecera, que tienen la obligación de hacer á sus enfermas, antes de que vayan á tomar las aguas, las más premiosas recomendaciones de seguir el régimen, de que se sometan á ciertas reglas de higiene y de obedecer estrictamente los consejos del médico hidrólogo que han considerado digno de su confianza. Y ello es tanto más fácil, cuanto que estas diversas reglas no tienen nada de draconianas, como se podrá ver.

1.° DEL RÉGIMEN. — Veamos ante todo lo concerniente al régimen. Se abstendrán de grandes comidas, de los almuerzos sumarios é indigestos llamados platos de recreo. Se evitará rigurosamente la mesa redonda, que deberá ser implacablemente proscrita de todas las estaciones. Se comerá, en cuanto fuere posible, en una mesa separada, de modo que no quepa la tentación de platos pesados y complicados que se sirvan á otros comensales. Las comidas serán á hora fija y con la más absoluta regularidad. Tres al día. La merienda se suprimirá.

Claro está que el régimen alimenticio variará según el estado general de las enfermas. No se alimentará á una uterina dispéptica de igual modo que á una hepática, una anémica, ni una renal. No obstante, en tesis general, se puede recomendar el siguiente régimen:

En el desayuno: uno á dos huevos pasados por agua, con un poco de pan; una taza de te ligero; mermelada de manzanas ó frutas cocidas.

En las otras comidas: carnes, aves asadas, muy cocidas, jamón magro, leche, huevos, pescado sin salsas complicadas, purés de legumbres, quesos frescos, compotas de frutas. Como bebida, agua pura, te ligero ó cerveza.

2.° DE LA HIGIENE. — La higiene implica las siguientes prescripciones: levantarse temprano; por la mañana hacer la cura termal; descansar después, y luego antes del almuerzo un pequeño paseo si el estado uterino no exigiera reposo. Después del almuerzo, paseo á pie, despacio, sin fatigarse. Comida á las seis de la tarde, y acostarse temprano.

Evitar las largas excursiones, el teatro, las recepciones, los bailes. Añádase también la interdicción formal de las relaciones sexuales durante la cura.

Todo esto puede parecer banal ó exagerado; ello no impide que toda cura que se separe de las reglas de higiene y dietética sea una cura imperfecta y que para las verdaderas enfermas será siempre más conve-

niente — á mérito igual de las aguas, claro está — al elegir entre dos estaciones, optar por la de menos movimiento y sociedad en la que resultará más fácil la aplicación de dichas disposiciones.

Conocemos ya las múltiples indicaciones terapéuticas que se pueden deducir de un examen atento, local y general de las uterinas. Conocemos, por otra parte, los diversos medios de acción de los principales tipos de aguas minerales, así como el modo de administrarlas. Parece, pues, que sólo se trata ya de oponer la acción fisiológica del remedio á la determinación morbosa, para realizar la mejor terapéutica. Desgraciadamente, esto no siempre es muy fácil en la práctica y en la mayoría de los casos, puesto que la hidrología vive aún de tradiciones. En verdad, no vamos á repudiar estas tradiciones, tanto más cuanto que si las suprimiéramos, no se encontraría todavía en los datos científicos recientes suficiente base para sustentar indicaciones racionales. No obstante, lo que ya es sabido, permite esclarecer y completar las enseñanzas de la tradición, al menos en algunos casos. Y si los médicos hidrólogos quieren ayudarnos en esta labor, no cabe duda que pronto se conseguirá precisar de un modo completamente científico el tratamiento hidromineral de las enfermedades de la mujer.

Estudiaremos sucesivamente el tratamiento hidrológico de las falsas uterinas, de los trastornos funcionales del aparato útero-ovárico y de las uterinas verdaderas. Y como las principales indicaciones de este tratamiento se han establecido ya al estudiar los grupos de las aguas minerales, esto nos obliga á ser breves para no incurrir en sobradas repeticiones.

VII

Tratamiento hidromineral de las falsas uterinas

A. — Consideraciones generales

Las falsas uterinas corresponden, bajo el punto de vista hidromineral, á las estaciones en que se tratan las enfermedades causales. Asimismo, no hay estación alguna, por decirlo así, que no reivindique en cierta proporción poder tratar con éxito las enfermedades del aparato genital de la mujer. Pero, sometiendo los hechos á una escrupulosa revi-

sión, logra uno convencerse de que muchas de las uterinas curadas por tales aguas, que á primera vista no parecían poder actuar sobre aquel aparato, eran simplemente falsas uterinas.

En la discusión que se entabló en 1893-94 en la Sociedad de Hidrología médica de París acerca las curas termales en las enfermedades uterinas, uno de nosotros citaba los dos casos siguientes (1):

Una señora que tenía una leucorrea muy abundante y á quien se aconsejaba el raspado, rehusó toda intervención. Después de dos temporadas en *Franzensbad*, experimentó una mejoría que equivalía á una curación. Esta señora era una de estas anémicas con un color rosado que á veces ilusiona al tratar de hacer el diagnóstico. Las aguas de *Franzensbad* obraron únicamente sobre la anemia causal.

Otra leucorreica, con un grueso cuello blando y ulcerado y un útero doloroso, placas eritematosas en la región interna y superior de los muslos, placas debidas á la irritación producida por las secreciones vaginales, es enviada á *Vichy* por trastornos digestivos. Después de un tratamiento compuesto únicamente de agua mineral en bebida y baños, sin ninguna intervención por parte de las vías genitales, vuelve con desaparición casi completa de los accidentes uterinos.

Del mismo modo una joven tiene metrorragias irregulares, se discute la oportunidad del raspado, pero se observa que padece de litiasis biliar, coincidiendo poco más ó menos cada pérdida sanguínea con una crisis de cólicos hepáticos; la enviamos á *Vichy*. Después de una primera sesión, las crisis hepáticas eran menos frecuentes y paralelamente disminuían las metrorragias; después de una segunda sesión, ya no había crisis ni metrorragias.

Bouloumié (de *Vittel*), en su trabajo acerca *La diátesis úrica simulando ó complicando las afecciones anexiales dolorosas* (2), refiere dos casos que merecen ser consignados, llamando la atención de los cirujanos y de los médicos. Una mujer de veinticinco años, obesa, hija de gotosos, con crisis dolorosas en el bajo vientre y en los riñones; un conocido cirujano comprueba el infarto de los anexos y propone la ablación. Budin desaprueba la operación y llama la atención del médico de cabecera acerca del estado de la orina. Se comprueba la diátesis úrica y se envía á la enferma á *Vittel*. Durante la cura, la enferma expulsa grandes cantidades de arenillas, se hace posible la marcha, desaparecen los dolores y hacia el final de la cura reaparecen las reglas sin dolor. Bouloumié vió de

(1) Alberto Robin. — *Annales d'hydrologie et de climatologie médicales*, t. XXXIX, pág. 44, 1893-94.

(2) Bouloumié.—*Annales d'hydrologie et de climatologie médicales*, Febrero 1896.

nuevo á la enferma después de cuatro años. Ya no había tenido más crisis dolorosas en el vientre, pero en cambio sufría accesos de asma y focos broncopulmonares manifiestamente artríticos. Y Bouloumié añade: «Los dolores anexiales y el brote congestivo comprobados por el primer cirujano que fué consultado, eran epifenómenos ó síntomas de un estado diatésico que después se manifestó claramente, ó manifiestaciones urinarias, entonces desconocidas, pero después perfectamente comprobadas, etc.»

La segunda observación viene á ser la reproducción casi idéntica de la primera. Se refiere á una mujer de treinta y cuatro años, en la cual los dolores provocados por el paso de una arenilla úrica y de una orina muy densa (1,030), hicieron pensar en una afección de los ovarios y proponer su ablación.

B.—Indicaciones que derivan de la enfermedad causal

Si queremos precisar aquí el tratamiento hidrológico de las falsas uterinas será necesario revistar toda la patología y discutir las indicaciones hidrominerales referentes á las dispepsias gástrica é intestinal, á las afecciones hepáticas y especialmente á la litiasis biliar, á las enfermedades de los riñones como la litiasis úrica y las pielitis, á las anemias, clorosis, afecciones cardíacas, á las distintas neuropatías, así como á las diátesis y al artritismo. De este modo resultaría demasiado extenso nuestro cuadro y hasta sin ninguna utilidad ya que en las obras especiales y en este mismo Tratado de Terapéutica aplicada de Robin se encuentran los detalles necesarios acerca de esta materia. Remitimos, pues, al lector á estas publicaciones y nos limitamos á poner correlativamente á las enfermedades extrauterinas el nombre de las estaciones minerales más recomendadas.

1.° A las *falsas uterinas dispépticas*, se recomendará:

Plombières (hiperesténicas, enteroptósicas, diarreicas, catarro intestinal);

Châtel-Guyon (hiposténicas, constipadas);

Vichy (hiposténicas, dispépticas con fermentaciones, enfermas no caquécticas, congestión hepática de origen dispéptico);

Pougues (hiposténicas, dispepsias de fermentación, anoréxicas);

Brides (hiposténicas, constipadas, dispepsias de fermentación);

Royat (hiposténicas, anoréxicas, albuminurias gástricas).

2.° A las *falsas uterinas hepáticas*, se aconsejará según los casos:

Vichy (congestión hepática, litiasis biliar, insuficiencia hepática);

Brides y *Saint-Gervais* (insuficiencia hepática y congestión hepática con insuficiencia intestinal);

Pougues (litiasis biliar en las enfermas endebles);

Royat (litiasis biliar en las enfermas cloróticas ó anémicas, torpeza hepática);

Châtel-Guyon (litiasis biliar en las constipadas, pereza hepática).

3.° A las *falsas uterinas renales*, se propondrá:

Contrexéville, *Vittel*, *Martigny*, *Capvern* (litiasis renal úrica ú oxálica, pielitis calculosas ó de cualquier otra clase, en las enfermas cuyo riñón no se congestiona fácilmente);

Evian (en los mismos casos, en las enfermas fácilmente hematúricas ó cuando se desee practicar ú obtener un simple lavado de las pelvis).

4.° A las *falsas uterinas anémicas* ó *cloróticas* se aconsejará:

Bussang, *Forges-les-Eaux* (anemia ó clorosis con pocos trastornos dispépticos);

Saint-Nectaire, *La Bourboule*, *Royat* (anemia ó clorosis con trastornos dispépticos que evolucionan en el sentido de la hipostenia);

Biarritz, *Salins-du-Jura*, *Salies-de Béarn* (anemia ó clorosis en las dispépticas que no pueden tolerar una cura interna).

5.° A las *falsas uterinas neurópatas* se aconsejará:

Ussat, *Néris*, *Plombières* (enfermas excitables que necesitan una enérgica sedación);

Luxeuil (enfermas debilitadas que conviene realzar sin determinar fenómenos muy activos de excitación).

6.° A las *falsas uterinas artríticas*, se aconsejará:

Vichy (comilonas con trastornos dispépticos, gotosas, diabéticas floridas);

Brides (obesas, constipadas);

Royat (gotosas, diabéticas agotadas);

Cauterets (reumáticas, enfermas deprimidas y que es necesario realzar).

C.—Indicaciones que derivan del estado local

Las precedentes indicaciones deben completarse con las que derivan del trastorno uterino comprobado. Por tanto, convendrá combinarlas con las que ya hemos indicado al tratar de cada uno de estos trastornos aisla-

damente considerados. Indicaremos aquí solamente algunas reglas generales procediendo con ejemplos.

Se trata de una mujer hiperesténica gástrica permanente, amenorreica por caquexia é insuficiencia de la asimilación. Se nutre de un modo suficiente; pero, por los trastornos de sus digestiones, asimila mal, se enflaquece y elimina una bastante regular cantidad de urea. Nos decidimos á enviarla á una de las estaciones minerales anteriormente designadas para las falsas uterinas de origen dispéptico. Pero ¿escogeremos unas aguas que tengan también la propiedad de estimular el útero? Ciertamente que no. La amenorrea es aquí en este caso función única de la insuficiencia de la asimilación, no hay, pues, que tener en cuenta dicha amenorrea, puesto que las funciones menstruales se restablecerán espontáneamente cuando la digestión y, por lo tanto, la asimilación se hayan mejorado. Para obtener este resultado, conviene ante todo procurar una sedación primitiva sobre la función gástrica, y que ésta cura estimule ó calme las funciones uterinas no es de importancia para el caso. Se escogerá, pues, *Plombières*, ó cualquier otra estación sedante del mismo orden, limitándonos únicamente á una cura balnearia ayudada por un régimen apropiado.

Supongamos el caso de una joven con cólicos hepáticos y, simultáneamente á éstos, metrorragias. El hecho de existir la metrorragia no influirá en nada para la elección de la estación mineral, y para decidirnos entre las aguas de *Vichy*, *Brides*, *Pougues*, *Royat*, *Châtel-Guyon* nos guiaremos simplemente por las indicaciones que derivan de la enfermedad hepática en sí misma y por el estado general, puesto que ninguna de las aguas anteriormente citadas pueden tener una acción directa perjudicial sobre las hemorragias uterinas. Evidentemente en la mayor parte de los casos la cura de *Vichy* produce beneficiosos resultados.

Las mismas consideraciones se aplican á las falsas uterinas renales supuesta la falta de acción sobre el aparato uterino de las aguas en tal caso recomendables.

Una clorótica, por ejemplo, puede ser enviada, independientemente de la forma de su clorosis, á *Saint-Nectaire*, á la *Bourboule* ó á una estación cloruradosódica fuerte; pero, si es amenorreica, preferimos las aguas de *Saint-Nectaire*, cuyas propiedades estimulantes de las funciones uterinas son ya conocidas. Mas si es metrorrágica, le será más conveniente una estación mineral cloruradosódica, en la que se podrá atenuar la acción excitante del agua salina por la adición de las aguas madres ó empleando la gelatina.

Lo mismo también á una falsa uterina neuropática metrorrágica y

dismenorreica le darán mejor resultado las aguas de *Ussat* que las de *Luxeuil*, y recíprocamente.

Por último, una falsa uterina uricémica, leucorreica, beneficiará mejor de la cura de *Cauterets* que de la de *Vichy* ó de *Royat*, mientras que si tiende á la congestión uterina, estarán mejor indicadas estas dos últimas estaciones de aguas minerales.

No queremos multiplicar estos ejemplos. Bastan, para indicar la tendencia terapéutica, ó por mejor decir, la táctica terapéutica en la que deberá inspirarse el médico para atender á los distintos elementos y muchas veces contradictorios de los difíciles problemas que ha de resolver.

VIII

Tratamiento hidromineral de los trastornos funcionales del aparato uterino

1.º TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LA AMENORREA

A. — Consideraciones generales

En sana terapéutica, no se puede racionalmente combatir un síntoma ó un trastorno funcional, sin haber determinado antes la razón de ser y el mecanismo del indicado trastorno. Todo lo demás es puro empirismo. Y si éste, que en definitiva no es más que una de las formas de observación, proporciona á menudo datos que no es lógico rechazar, ha de considerarse siempre, no obstante, como un mal y una indicación cuya razón y modo de ser hemos de procurar averiguar. Como ejemplo de este empirismo tradicional pueden citarse, *Spa*, *Bussang*, *Forges-les-Eaux*, como aguas ferruginosas; *Saint-Sauveur*, *Cauterets*, *Uriage*, como sulfurosas, y como aguas de mineralización mínima, *Evaux*, *Plombières*, *Luxeuil*, y las de *Châtel-Guyon* y *Brides*, etc., como bicarbonatadas-cloruradas ó sulfatadas, que todas se envanecen de sus éxitos en el tratamiento de la amenorrea.

Para podernos guiar y hacer la elección entre tantas aguas de composición y dominantes tan diferentes, sólo hay un medio, y es investigar antes que todo por qué la mujer es amenorreica.

Pues bien, es indudable que de 10 casos 8 la amenorrea es de causa general, y esta causa general es la que conviene reconocer antes de saber si el síntoma requiere ó no una cura hidrotermal.

B.—Amenorreas intratables

El presente enunciado equivale á decir que existen amenorreas que nos hemos de guardar mucho de tratarlas; por ejemplo, las que dependen de una caquexia, de la tuberculosis ó del cáncer, puesto que, admitiendo que una cura termal sea capaz de restablecer las reglas, ¿no resultaría de ello un nuevo elemento de pérdida que vendría á añadirse á los ya existentes?

Después de las amenorreas intratables existen las que dependen de una enfermedad general extrauterina ó de un trastorno del sistema nervioso.

C.—Amenorreas de causa general

Las amenorreas del primer grupo dependen muchas veces de anemia, clorosis, dispepsia de larga duración, sífilis, obesidad, etc. La naturaleza de la causa nos servirá de guía para la elección de la estación mineral, pero con la condición bien entendida de ser necesario tener en cuenta las particularidades especiales de cada caso.

Así, pues, las *cloróticas* y las anémicas se enviarán á *Bussang*, *Forges-les-Eaux*, *La Bauche*, *Spa*, *Saint-Moritz*, *Schwalbach*, *Pyrmont*, *Franzensbad*. Esta última estación, si á la cura interna se asocian los baños de lodo, podrá escogerse como punto de cura más activa y definitiva, siempre que uno de los otras resultare insuficiente.

Si la clorosis ó la anemia se desarrolla en una mujer *linfática* podremos emplear, hablando solamente de estaciones francesas, las aguas de *Bourbonne-les-Bains*, *Balaruc*, *Salins-du-Jura*, *Salies-de-Béarn*, *Biarritz*, *Salins-Moutiers*. Y si una de estas curas resulta impotente para modificar lo bastante el estado general á fin de que se restablezca la menstruación, podrá recurrirse al método muy pocas veces empleado y no obstante tan útil de las curas sucesivas, enviando á la enferma, después de algunas semanas de reposo, á alguna de las estaciones ferruginosas que acabamos de indicar.

Cuando la amenorrea de las cloróticas se complica de *leucorrea*, las curas precedentes no dejan de ser de utilidad; á menudo también en las jóvenes cuya menstruación se suspende después de haberse establecido de un modo más ó menos regular, darán muy buenos resultados las aguas sulfurosas de *Saint-Sauveur*, *Cauterets*, *Luchon*, *Uriage* y *Saint-Honoré*. Para poder elegir entre estas distintas estaciones, nos guiaremos por el elemento morboso sobreañadido; así, por ejemplo, el linfatismo y la herencia sifilítica, para *Uriage*, las manifestaciones reumatoideas, para *Luchon*, el nervosimo para *Saint-Sauveur*, la diátesis artrítica para *Cauterets* y *Saint-Honoré*.

Si la amenorrea va ligada á una *dispepsia gástrica*, se tratará ésta en las estaciones correspondientes á su tipo clínico, se aconsejará una cura puramente balnearia y sedante á las hiperesténicas; la cura interna de *Royat*, *Saint-Nectaire*, *Vichy*, *Pougues*, etc., á las hiposténicas, á menos que una tendencia á la anemia ó una debilidad general haga preferir *Forges-les-Eaux*, que, en general, es bien tolerada por los dispépticos.

La amenorrea de las *sifilíticas* se tratará en *Uriage*, *Aix-la-Chapelle*, *Luchon*, *Barèges*, entre las estaciones sulfurosas y en *Aulus*, estación sulfatadocálcica, que goza de una merecida especialización.

La amenorrea de las *obesas*, ante todo, se tratará por una cura de reducción en las aguas de *Brides*, *Châtel-Guyon*, *Kissingen*, *Homburg* y *Marienbad*, obteniéndose buenos resultados siempre que esta cura se acompañe de un régimen apropiado y un ejercio progresivo.

La amenorrea de *causa nerviosa*, sea refleja, como cuando es consecutiva á un enfriamiento súbito, un traumatismo, una viva emoción en la época de las reglas, ó de naturaleza histérica, se tratará con las aguas cloruradosódicas, suavizadas por la adición de aguas madres, ó las curas de *Néris*, *Ussat*, *Plombières*, *Luxeuil*, *Bagnères-de-Bigorre*, *Evaux*, *Saint-Sauveur*.

D.—Amenorrea de causa local

Por último, hay casos de amenorrea por decirlo así primitiva. Se trata entonces de jóvenes cuya nutrición es mala, sometidas á una higiene defectuosa, de vida sedentaria exagerada y en las que la menstruación apenas aparece y hasta hay casos en que no existe. Entonces bastará muchas veces una cura tónica general, ferruginosa *(Forges, Saint-Moritz, Bussang)*, salina *(Biarritz)*, bicarbonatadoclorurada *(Saint-Nectaire)*.

Mas, con frecuencia, también será útil estimular directamente la torpeza uterina con las aguas sulfurosas *(Uriage, Cauterets)* ó con ciertas aguas de composición indiferente, pero cuya acción sobre el útero es indudable, como *Evian* y *Luxeuil*.

Cuando la amenorrea reconoce una causa local, que depende de una metritis, una desviación uterina, un tumor del útero ó del ovario, es bien evidente que conviene tratar la causa sin preocuparnos del síntoma, pues el tratamiento directo de este último por medio de una cura hidromineral, tendría bien pocas probabilidades de éxito. Nos ocuparemos, pues, únicamente de la indicación proporcionada por la enfermedad causal, enviando, por ejemplo, á las fibromatosas á las aguas cloruradosódicas fuertes, las enfermas con subinvolución uterina á las aguas sulfurosas de *Cauterets*, *Saint-Sauveur* á ó los baños de lodo de *Dax*, *Saint-Amand*, *Barbotan*, *Balaruc*.

En algunos casos raros, se observan jóvenes cuya menstruación es muy retardada á consecuencia de una falta de desarrollo, de un verdadero *infantilismo* uterino. En estos casos es necesario emplear, siempre y cuando no las contraindique el estado general, las curas más estimulantes, como los baños de lodos, las aguas sulfurosas del tipo *Barèges*, ó también las aguas de *Evaux*, que gozan á este respecto de merecida reputación.

2.° TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LA DISMENORREA

Lo mismo que la amenorrea, la dismenorrea reconoce causas generales y causas locales.

A.—Dismenorreas de causa general

Las dismenorreas de causa general dependen del histerismo, de la clorosis ó de la anemia, reumatismo, gota, paludismo, etc., figuran también en el cuadro de los síntomas de repercusión uterina de un gran número de enfermedades, como las dispepsias, las afecciones del intestino, la constipación, la litiasis renal, etc.

Para tratar hidrológicamente estas dismenorreas, conviene seguir las reglas que acabamos de indicar á propósito de la amenorrea.

La dismenorrea del *histerismo*, de la *neurastenia*, que se caracteriza por los síntomas dolorosos del todo predominantes, se tratará en

las aguas sedantes débilmente mineralizadas y únicamente por la balneación: *Néris*, *Plombieres*, *Schlangenbad*, *Ragatz*, *Gastein*.

Pero, si se trata de una mujer cloroanémica, bueno será aconsejar una cura secundaria en *Forges*, *Spa*, *Franzensbad*.

Si la menstruación es difícil y poco abundante, podrán tratarse las enfermas con las aguas ligeramente estimulantes, como *Saint-Sauveur* y *Luxeuil* y si no basta la estimulación balnearia, se mandarán las enfermas á *Saint-Nectaire*, *Bourbonne les-Bains* ó á *Saint-Gervais*.

Se observa con bastante frecuencia la dismenorrea en las *reumáticas* y *gotosas*. [No se trata entonces de una repercusión, por decirlo así, específica sobre el útero, pero estas enfermas están como las artríticas predispuestas á las neuralgias, presentándose la neuralgia uterina ú ovárica con motivo de las reglas; son, como graciosamente se llama, jaquecas uterinas (Jaccoud, Labadie-Lagrave). Conviene saber que en estas enfermas la dismenorrea si no es congestiva á lo menos va acompañada muy frecuentemente de brotes congestivos uterinos ú ováricos ó, por mejor decir, coincide con lo que los antiguos designaban con mucha propiedad con el nombre de plétora abdominal; en estos casos, están indicadas las curas de *Brides*, de *Châtel-Guyon* ó de *Carlsbad*.

Si á estos trastornos congestivos se añaden los *síntomas nerviosos* locales ó reaccionales, se prescribirán *Plombieres*, *Néris* ó *Luxeuil*.

Finalmente, en los casos de *trastornos congestivos* poco pronunciados, el tratamiento del trastorno de nutrición causal en *Vichy*, *Vals*, *Royat*, *Saint Nectaire*, *Saint-Sauveur*, constituirá la primera indicación.

B.—Dismenorreas de causa local

Entre las dismenorreas de causa local existe un corto número que de ningún modo necesitan ó deben tratarse por la cura hidromineral. Citaremos las dismenorreas debidas á la atresia del cuello, á un neoplasma uterino, á la presencia de bridas que fijan el ovario ó la trompa en una posición viciosa. Esta clase de dismenorrea sólo reclama la intervención quirúrgica.

En otros casos, existe una lesión uterina, metritis, perimetritis, etc., que puede mejorarse por un tratamiento termal que simultáneamente obrará sobre el síntoma dismenorreico. Mas desde luego podemos ade-

lantar que las dismenorreas de causa local no indican de un modo particular una cura especial y directa. Verdenal, que ha estudiado la acción de las *Eaux Chaudes* sobre las afecciones genitales de la mujer, dice, por ejemplo, que en las dismenorreas que dependen de una anteflexión uterina, sólo se obtienen mejorías pasajeras (1).

Mas hasta en los casos en que el síntoma depende de una lesión local, el examen del terreno y del estado general podrá hacer cambiar la decisión del médico. Así, pues, cuando los síntomas dolorosos sean muy predominantes, como sucede en muchas neurópatas, emplearemos las aguas sedantes de *Bagneres-de-Bigorre*, *Ussat*, *Luxeuil*, *La Malou*, *Néris*, *Plombieres*. Lo mismo ocurre si los fenómenos congestivos dominan, puesto que estas distintas estaciones que calman el sistema nervioso son también sedantes de la circulación.

Por otra parte, un terreno linfático indicará las aguas de *Bourbonne-les-Bains*, *Balaruc* y las aguas cloruradosódicas fuertes, con la condición de ser muy mitigadas por las aguas madres.

Por último, hasta en el caso que sea de origen uterino, la dismenorrea puede mejorarse con las aguas de *Forges*, *Luxeuil* y *Franzensbad*, si la enferma está deprimida y anémica.

C. — Dismenorrea membranosa

La dismenorrea membranosa, que las más de las veces depende de una forma especial de metritis crónica, llamada seudometritis exfoliatriz, es muy difícil de tratar. Sin embargo, se obtendrán algunos resultados en *Saint-Nectaire*, *Châtel-Guyon* y *Royat*.

Cuando esta variedad especial de dismenorrea se desarrolla en un terreno á la vez nervioso y artrítico, será ventajoso emplear las aguas alcalinas, desde los manantiales fuertes de *Vichy* hasta los tipos débilmente mineralizados de *Luxeuil* y *Plombieres*. Bouloumié aconseja, muy acertadamente, la doble cura sucesiva de *Vittel* y *Plombieres* cuando en una neuroartrítica la dismenorrea va acompañada de trastornos intestinales y especialmente de constipación. Finalmente, Verdenal cita 10 casos en los que el manantial de *Eaux-Chaudes* ha producido resultados de los más satisfactorios.

VERDENAL.—*La cure d'Eaux-Chaudes en Gynecologie*, París, 1898.

3.° TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LAS MENORRAGIAS Y DE LAS METRORRAGIAS

A. — Consideraciones generales

Entramos ahora en uno de los capítulos más difíciles de nuestra materia, pues, en efecto, nos encontramos entre dos aserciones bien opuestas. Leyendo los trabajos publicados por los médicos hidrólogos, observaremos que muy pocos consideran las hemorragias uterinas como una contraindicación al empleo de sus aguas. Y por otra parte, la mayor parte de los médicos y los mismos enfermos consideran las hemorragias como un síntoma que en absoluto contraindica toda cura termal, siendo así, como se comprende, que la enfermedad de la cual la hemorragia es una complicación, necesitaría la acción benéfica de esta cura si no existiese dicha hemorragia como epifenómeno. Entre estas dos opiniones opuestas, cabe muy bien un término medio, y nosotros creemos que puede haber casos en que la hemorragia no contraindicará el tratamiento hidromineral y otros en que este tratamiento hasta puede dar muy buenos resultados.

Nadie se opondrá á que, en general, pueden emplearse en el tratamiento de las metrorragias las inyecciones vaginales de aguas indiferentes y muy débilmente mineralizadas á 50°. No hay por qué repetir que estas aguas no tienen entonces ninguna acción específica y que obran del mismo modo que el agua caliente común y por el simple hecho de su termalidad.

A este primer tipo de aguas puede oponerse las que tuviesen una acción hemostática directa, lo que á primera vista parece muy problemático; no obstante, médicos muy distinguidos como Caulet, no titubean en afirmar que las aguas de *Saint-Sauveur* se encuentran en este caso. Nosotros no nos propondremos aclarar la cuestión, pero hemos observado un caso que confirma bien claramente la opinión de Caulet; y á renglón seguido hemos de añadir que se trata de uno solo.

Por lo que se refiere á las metrorragias, el tratamiento de las que son secundarias á una afección del útero se confunde con el de la enfermedad causal, y simultáneamente al hablar del tratamiento hidromineral de los fibromas uterinos, nos ocuparemos de la marcha que hay que seguir para los fibromas hemorrágicos. Ahora sólo trataremos de las metrorragias funcionales de la pubertad y de la menopausia.

B.—Metrorragias de la pubertad

Toda cura hidromineral está contraindicada en esas metrorragias de la pubertad que dependen de esa variedad de *estrechez mitral* pura, que la coincidencia de la palidez, decoloración de las mucosas, sofocación y palpitaciones cardíacas, hace confundir muchas veces con la clorosis, si no se practica con el cuidado debido y suficiente la auscultación del corazón.

Si la metrorragia depende de una *clorosis* verdadera, caso por cierto raro, se prescribirán las curas ferruginosas de *Forges-les-Eaux*, *Bussang*, *Luxeuil* (manantial ferruginoso). En estos casos, los médicos alemanes encomian mucho las aguas sulfatadoferruginosas de *Moskau*, *Alexisbad*, las curas internas de *Roncegno* y de *Levico* ó también los baños de lodos de *Franzensbad* y de *Elster*.

La *congestión uterina hemorrágica de las jóvenes* en la época de la pubertad, congestión confundida tan á menudo con la metritis hemorrágica, que sobreviene más bien en las jóvenes pálidas, irritables, nerviosas y linfáticas, con motivo de un enfriamiento, una emoción, una conmoción física ó una estercoremia habitual, que no en las pletóricas y sanguíneas, se cura perfectamente con las aguas cloruradosódicas de *Biarritz*, *Salies-de-Bearn*, *Salins*, *Salins-Moutiers* con la condición de comenzar, sobre todo en las jóvenes nerviosas, por los baños de muy débil concentración mitigados aun por una cantidad apropiada de agua madre. Si la anemia disminuye, hasta podrán emplearse las aguas ferruginosas de *Forges-les-Eaux*, *Bussang*, *Schwalbach*, *Franzensbad*. Mas, si el nervosismo y la irritabilidad es lo predominante, aconsejamos las aguas de *Ussat* ó una cura secundaria en una agua cloruradosódica.

C.—Metrorragias de la menopausia

Entre las metrorragias de la menopausia las que dependan de la hipertensión arterial, alcanzarán buenos resultados de las curas en *Bourbon-Lancy* ó en *Nauheim*. Las que dependan de un estado congestivo local, el cual siempre va unido á la plétora abdominal, se tratarán por las aguas derivativas de *Châtel-Guyon*, *Brides*, *Kissingen*, *Santenay*, *Saint-Gervais* ú *Hombourg*.

D.—Metrorragias durante la vida menstrual

Durante la vida menstrual se observa á menudo la aparición de metrorragias dependientes de congestiones y fluxiones sanguíneas del útero. En estos casos están muy bien indicadas las curas que hemos estudiado. Mas, como ocurre frecuentemente, estos brotes congestivos son el punto de partida de estasis crónicos, que pueden terminar por infartos permanentes del útero ó también originar la producción de metritis generales ó parciales, y en estos casos es insuficiente la cura derivativa y sólo deberá prescribirse como preparatoria. En tales circunstancias, la enferma tendrá todo el empeño en hacer una cura secundaria, un «Nachkur», como dicen los alemanes, con agua cloruradosódica ó también con un agua sulfurosa sedante como *Saint-Sauveur*. A este fin, todavía insistimos acerca de esta práctica de las curas sucesivas, que apenas es empleada y que, sin embargo, y sobre todo en ginecología, está destinada á proporcionar los mejores resultados, puesto que permite combinar ó producir acciones estimulantes ó sedantes, locales ó generales.

En las mujeres bien regladas puede suceder que, en el período intermenstrual, sufran dolores ováricos ó hipogástricos, coincidiendo con hidrorrea, pérdidas rosadas y cortas ó verdaderas pérdidas hemorrágicas. Esta crisis periódica dura dos ó tres días. Parece que por parte del ovario tiene lugar entonces—ya que el examen del útero no revela nada concreto—un brote congestivo que, por vía refleja, determina en el útero un trastorno vasomotor. En estas mujeres todavía se practica muchas veces el *raspado*. Por lo demás, no titubeamos en afirmar que siempre será ventajoso el reemplazarlo por una cura cloruradosódica ó ferruginosa.

Hidroterapia.—La hidroterapia, cuando es aplicada por un hábil ó experto especialista, puede proporcionar en el tratamiento de estas distintas metrorragias grandes y muy buenos resultados, puesto que con su cooperación se pone en juego de un modo ú otro la contractilidad de los vasos, obrando de la manera deseada sobre la circulación abdominal. Por otra parte, los datos necesarios se encontrarán en el capítulo anterior consagrado á esta materia. Pero no olvidemos que este tratamiento hidroterápico es muy delicado y que, mal administrado, no deja de tener sus peligros, especialmente por lo que se refiere á su aplicación en las metrorragias.

IX

Lesiones del útero y de sus anexos

1.° TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LAS METRITIS

Al pasar del estudio de los simples trastornos funcionales al de las lesiones uterinas constituídas, crecen las dificultades y consiguientemente las vaguedades é incertidumbres. Así, pues, al ocuparnos del tratamiento hidromineral de las metritis, creemos necesario insistir todavía acerca de la importancia de tener siempre presente:

1.° Los diversos manantiales de indicaciones ya formuladas al comenzar este estudio (estado local, período de evolución, aptitudes reaccionales, síntomas predominantes, complicaciones, naturaleza del terreno).

2.° El hecho importante de que las aguas que pueden emplearse obran, ya localmente por su termalidad ó temperatura, como cualquier agua caliente, ya por su acción local (acción excitomotora de las aguas sulfurosas, acción resolutiva de las aguas cloruradosódicas fuertes), ya también por sus efectos sobre el estado general.

La determinación de estas dos fuentes ú orígenes de indicaciones, una que deriva del conocimiento de la enfermedad y de la enferma, y otra, de la exacta interpretación de la acción fisiológica de las aguas minerales, permitirá, en la mayoría de los casos, elegir apropiadamente entre las incontables estaciones minerales que se disputan el tratamiento de las metritis.

Por lo que se refiere al *estado local* y sobre todo al *período de evolución*, en general, sólo emplearemos el tratamiento local cuando la metritis llegue ya al período de cronicidad. De todos modos, las curas sedantes de *Neris*, *Plombieres* y *Luxeuil* pueden aplicarse con mucha prudencia y únicamente en baños en algunos casos, en esa fase intermedia en que los fenómenos agudos se han calmado y todavía no se ha establecido decididamente la cronicidad.

A.—Indicaciones derivadas de la forma de la metritis

Las indicaciones derivadas de la *forma* de la metritis y de sus complicaciones, no dejan de ser menos importantes. Sabido es que Pozzi, en su magistral Tratado de ginecología, divide clínicamente las metritis en cuatro clases: 1.ª metritis inflamatoria aguda; 2.ª metritis hemorrágica; 3.ª metritis catarral; 4.ª metritis dolorosa crónica. Esta división tan práctica tiene también su aplicación en hidrología. Así, para las *metritis agudas* ó de *brotes subagudos* sólo hemos de aconsejar la abstención.

En la *metritis hemorrágica,* desde luego se rechazarán las aguas cloruradosódicas fuertes, las ferruginosas y las sulfurosas. No obstante, afirma Caulet que, aun en estos casos, las aguas sulfurosas de *Saint-Sauveur* están á veces indicadas. Con frecuencia se utilizará la alta termalidad de algunos manantiales de *Neris* ó de *Plombieres* en inyecciones vaginales. Por último, la cura de *Ussat* parece dar resultado en algunos casos, sobre todo cuando conviene moderar al mismo tiempo una excitabilidad general exagerada. En estas metritis hemorrágicas no es del todo indiferente emplear las *curas derivativas* sobre el intestino que anteriormente hemos indicado. Y cuando al mismo tiempo existe anemia general, primitiva ó secundaria, las aguas *sulfatadoférricas* ya indicadas podrán ser de alguna utilidad.

Mas conviene también saber que muchas mujeres afectas de esta variedad de metritis no pueden tolerar ningún tratamiento termal. No conocemos ningún signo positivo que permita distinguir desde luego estas mujeres refractarias. A nuestro entender, la metritis hemorrágica verdadera, con fungosidades intrauterinas, necesita el *raspado*, y el tratamiento termal sólo debe emplearse para realzar el estado general, siempre que haya sido comprometido por una enfermedad y por hemorragias prolongadas. Sobre todo en estas condiciones es cuando están indicadas las *aguas ferruginosas.*

Pero si se trata, no de una metritis hemorrágica verdadera, sino de una metritis con metrorragias ó menorragias, como á menudo se observa en las mujeres artríticas, el *raspado* sólo puede ser inútil ó perjudicial, y estas enfermas deben tratarse con las aguas alcalinas, como las de *Vichy* ó las cloruradobicarbonatadas como *Royat.* Las aguas cloruradosódicas fuertes y las sulfurosas están entonces contraindicadas.

En la *metritis catarral*, está especialmente indicada la cura sulfu-

rosa, pero teniendo siempre presente las indicaciones que derivan del estado general que, más importantes que la indicación de la forma, podrían abogar en favor de una ú otra estación mineral. Aparte de estos casos, *Saint-Sauveur*, *Cauterets*, *Eaux-Chaudes* constituyen otras tantas estaciones de elección. Hay casos en que la metritis catarral está relacionada con un estado general de linfatismo ó de escrófula, por ejemplo, las jóvenes en la época de la pubertad; la metritis catarral coincide entonces con otras manifestaciones del estado general, adenopatías diversas, afecciones catarrales de otras mucosas. Esta metritis necesita de un modo esencial las aguas cloruradosódicas fuertes de *Biarritz*, *Salies-de-Bearn*, *Salins*, *Rheinfelden*, etc.

Añadamos que, en Alemania, los médicos tienen una gran tendencia á tratar las metritis catarrales con las aguas sulfatadoférricas fuertes de *Alexisbad*, *Parad*, *Levico*, *Roncegno*, que tienen propiedades astringentes y contribuyen á suprimir los flujos abundantes. En principio, y salvo algunos casos excepcionales, no somos partidarios de este tipo de agua, porque son muchas veces verdaderas aguas de minas, cuya composición es esencialmente variable.

A las *metritis dolorosas crónicas* que se acompañan de neuralgias irradiadas ó sintomáticas, y tarde ó temprano de un estado neuropático general, serán convenientes las aguas indiferentes ó poco mineralizadas de *Neris*, *Ussat*, *Dax*, *Plombieres*, *Luxeuil*, *Bagneres-de-Bigorre*, *Gastein*, *Wildbad*, *Schlangenbad*. En estos casos, en efecto, conviene obtener la sedación, calmar los dolores locales ó simpáticos y moderar los procesos congestivos. Pero, en una fase más avanzada, una vez obtenida la sedación, cuando clínicamente el útero está tórpido, puesto que anatómicamente la metritis pasa al período de induración parenquimatosa, las aguas precedentes no encuentran aquí su indicación y conviene pensar en las aguas cloruradosódicas fuertes y las sulfurosas. Aquí también, y siempre que se obre con prudencia, la práctica de las *curas sucesivas* puede dar los mejores resultados.

Como muy propiamente lo ha recomendado De Ranse (1), las indicaciones derivadas de la forma de la metritis — si es que verdaderamente existen — deben presidir á todas las otras, á menos que la evolución de la enfermedad sea influenciada de un modo muy directo por un estado diatésico y constitucional. Mas hasta en estas condiciones es ventajoso combinar dos curas: la primera indicada por la forma de la metritis y la segunda por el estado general.

(1) De Ranse.—Las principales indicaciones de la medicación hidromineral en la metritis crónica. *Annales d'hydrologie*, 1894.

B.—Indicaciones derivadas del período de evolución

Las indicaciones derivadas del *período de evolución* han sido muy bien expuestas por Max Durand-Fardel y De Ranse en la discusión que tuvo lugar en 1894 en la Sociedad de hidrología de París.

En el primer período, *período de irritabilidad*, una vez desaparecidos los fenómenos agudos, la metritis queda dolorosa y hay que recurrir á la acción sedante de *las aguas indeterminadas*.

En el segundo período, que Bouloumié (1) califica de *período de indiferencia relativa*, período de infiltración ó de infarto de los autores, es en la forma clínica de la afección uterina, en el estado general, en las aptitudes reaccionales de la lesión ó de la enferma, donde conviene buscar las indicaciones.

Por último, en el tercer período, *período de induración uterina*, de indiferencia reaccional, recurriremos á las aguas *cloruradosódicas fuertes* ó á las *sulfurosas fuertes*.

C.—Indicaciones derivadas de las aptitudes reaccionales

La determinación de las *aptitudes reaccionales* de la lesión y del estado general, nos inducirán á tratar las metritis tórpidas con las aguas *cloruradosódicas de Biarritz*, *Salies-de-Béarn*, *Salins*, *Rheinfelden*, etc., ó con las aguas sulfurosas de *Saint-Sauveur*, *Cauterets*, *Eaux-Chaudes*, *Uriage*, *Gréoulx*, *Saint-Honoré*, etc.

Por el contrario, las metritis irritables podrán tratarse con las aguas sulfatadocálcicas ó las aguas débilmente mineralizadas de *Ussat*, *Neris*, *Plombieres*, *Luxeuil*, *Bayneres-de-Bigorre* en Francia, de *Schlangenbad*, *Gastein*, *Teplitz*, *Ragatz* en el extranjero.

D.—Indicaciones derivadas de la etiología

Las indicaciones que derivan de la *causa* de la metritis tienen aquí escasa importancia; esto no obstante, en igualdad de condiciones, será preferible recomendar, en las formas tórpidas, por ejemplo, aguas sulfu-

(1) P. Bouloumié — Enfermedades de las mujeres. Estudios de terapéutica comparada quirúrgica é hidrológica. *Annales d'hydrologie*, 1895.

rosas, si se trata de una metritis blenorrágica, y aguas cloruradosódicas en caso de metritis puerperal. Esta regla, sin embargo, no es absoluta.

La noción de infección local predomina hasta tal punto en la patología de las metritis, que de no tomarse en cuenta ninguna cura termal puede dar resultados satisfactorios. Así, pues, toda lesión local debe ser convenientemente desinfectada, de conformidad con los principios de ginecología, antes de practicar la cura hidromineral, y solamente en estas condiciones, cabe esperar buenos resultados del tratamiento balneario.

E.—Indicaciones que derivan de las complicaciones

Ciertas *complicaciones* dan origen también á indicaciones, que unas veces son accesorias y requieren simplemente curas asociadas ó sucesivas, mientras que otras desempeñan el principal papel, haciendo recomendables unas ú otras estaciones termales. Así, por ejemplo, en los casos de metritis complicada de *ulceraciones rebeldes del cuello uterino*, deberán aprovecharse las propiedades cicatrizantes de las *aguas sulfurosas* y de las *aguas cloruradosódicas* en forma de aplicaciones locales.

Si existen repercusiones dolorosas por parte de la vejiga con *tenesmo vesical*, se emplearán los baños sedantes de *Néris*, *Ussat*, *Bains*, *Plombieres*, acudiendo también á las prácticas de hidroterapia local que puedan favorecer mejor la sedación.

Cuando el dolor se acentúa y va complicado de *cistitis*, se impone desde luego el tratamiento especial de esta última por las aguas de *Vittel*, *Contrexéville*, *Martigny*, *Capvern*, y también *Evian*, si dominan los fenómenos de irritabilidad.

La coexistencia de la metritis con una *dispepsia*, sea ésta simultánea ó secundaria, reclama igualmente una cura combinada. Se comenzará, como se comprende, por tratar la dispepsia en una estación apropiada á la forma que aquélla revista y siguiendo en un todo las reglas expuestas anteriormente al tratar de las falsas uterinas dispépticas. Después, se tratará la metritis atendiendo para esto á sus indicaciones peculiares. Frecuentemente podrán combinarse ambos tratamientos en una sola estación, empleando, por ejemplo, como cura interna, las aguas llevadas de otra estación. Esta práctica, muy en boga en Alemania, convendría que se introdujera en los establecimientos hidroterápicos franceses.

Entre las asociaciones morbosas de la metritis figura en primer término, como una de las más frecuentes, la *enterocolitis mucomembranosa*, en términos de que no se ha vacilado en considerar la enterocolitis como una complicación común de la metritis. Ya hemos demostrado la inexactitud de esto, supuesto que esa enteritis era una de las consecuencias intestinales de la dispepsia gástrica hiperesténica, que se manifestaba sobre todo cuando el hígado no compensaba, con una secreción biliar más abundante, la acidez exagerada del contenido intestinal, y por último, que en la mayoría de los casos los trastornos uterinos eran, al igual que ella, secundarios y consecutivos á la dispepsia. En una palabra, las enfermas afectas á la vez de metritis y de enterocolitis mucomembranosa son muy propensas á convertirse en falsas uterinas. Y si en estas condiciones hay que escoger alguna cura termal, la enterocolitis es la que ha de llamar toda la atención, decidiéndonos sólo por las aguas de *Plombieres* ó de *Châtel-Guyon*.

Para decidirse entre una ú otra de estas estaciones, nos regiremos según las siguientes indicaciones, que derivan del estado general. Las mujeres débiles, que tienen necesidad de reforzarse, irán á *Châtel-Guyon*, al paso que las neurópatas y excitables, que les conviene calmarse, á *Plombieres*. Dicho se está que en caso de constipación tenaz se preferirá *Châtel-Guyon*, como también *Plombieres*, si la diarrea constituye el síntoma local predominante.

Las complicaciones *nerviosas* y *neurasténicas* indican, como siempre, las aguas indeterminadas.

Las complicaciones *venosas*, tales como las flebitis y las periflebitis—estas últimas tan frecuentes y tan á menudo inadvertidas—indican las estaciones de *Bagnoles-de-l'Orne*, *Bagneres-de-Bigorre* y *Ussat*.

F.—Indicaciones derivadas del terreno

Falta ahora tratar de las indicaciones que derivan del *estado general* y del *terreno* en que se desarrolla la enfermedad. Hay que dar por repetido aquí cuanto se ha dicho con tanta frecuencia en el decurso de este trabajo. Así, pues, se enviarán las *cloróticas* y las *anémicas* á las aguas ferruginosas; las *linfáticas* y las *escrofulosas*, á las aguas cloruradosódicas; las *herpéticas*, á las sulfurosas; las *artríticas*, á las cloruradobicarbonatadas ó también á las sulfurosas de *Cauterets* y de *Saint-Honoré;* las *neuropatas*, á las aguas sedantes indeterminadas ó débilmente mineralizadas, ó también *Saint-Sauveur;* las *sifilíticas*, á *Uriage*, *Aulus*, *Ax*, *Luchon*,

Aix-la-Chapelle; las *obesas*, á *Brides* ó á *Marienbad;* las *hepáticas*, á *Vichy*, *Carlsbad*, *Pougues*, *Brides;* las *albuminúricas*, á *Saint-Nectaire*, *Brides*, *la Bourboule;* las *cardíacas*, á *Nauheim*, *Bourbon-Lancy* y también *Royat*, y así de las demás.

G. — Manera de combinar las diversas indicaciones

Ante tan diversas y á menudo contradictorias indicaciones, que dan origen á su vez á curas en ocasiones muy diferentes, la habilidad del médico estriba en saber comprender cuál es la *indicación predominante*. Bien determinada ésta, se dará la preferencia á la estación termal que parezca más á propósito para cumplirla, mirando luego que entre las indicaciones secundarias no haya alguna que contraindique de un modo absoluto la elección que acaba de hacerse.

1.° En caso negativo, seguirá como se comprende la elección, y sólo se mirará si el manantial de la estación, la práctica accesoria, sea ó no balneoterápica, no pudiera intervenir como cura coadyuvante, cumpliendo de este modo de una vez todas las demás indicaciones.

Por ejemplo, una mujer padece de *metritis catarral de causa local* que indica la cura de *Saint-Sauveur*. Esta enferma es neurasténica y fácilmente excitable; las indicaciones derivadas del estado general y las aptitudes reaccionales correrán parejas con las que proporciona el estado local.

2.° En caso afirmativo, se investigará si entre las estaciones termales que responden á esta indicación secundaria, actualmente dominante, existe una en que pueda tratarse también la dominante local. Así, por ejemplo, una mujer con *metritis dolorosa crónica*, que por su carácter irritable y el terreno linfático y neurasténico en que se ha desarrollado esta metritis, necesita la cura de *Saint-Sauveur;* pero esta enferma es al mismo tiempo anémica y físicamente muy deprimida ; entonces será mejor enviarla á *Biarritz*, en donde el clima de mar, la balneación clorurado-sódica le darán, por decirlo así, un latigazo necesario, mientras que con un hábil empleo de aguas madres podrá moderarse la reacción local de una lesión uterina demasiado excitable.

Es todavía en estos casos difíciles que se emplean con ventaja las curas asociadas ó sucesivas, y confirmamos en un todo la opinión de Sabail (de *Saint-Sauveur*), que aconseja completar el tratamiento de *Saint-Sauveur* con una cura de aguas cloruradosódicas fuertes del Sudoeste, cuando en una metrítica la lesión local y los trastornos nerviosos están

mejorados, predominando después el enflaquecimiento y la debilidad general.

Por el contrario, si esta misma enferma, habiendo comenzado por la cura salina, se encuentra realzada ó con aumento de fuerzas sin que sus trastornos nerviosos y locales hayan sido mejorados, la cura de *Saint-Sauveur* resulta un complemento de muy poca utilidad (1).

H. — Empleo de los baños de mar

En principio, no aconsejamos los *baños de mar* á las mujeres afectas de metritis, á no ser que se trate de los casos de metritis catarral de las jóvenes muy anémicas y linfáticas. Mas, en todo caso, siempre son inferiores á las curas termales propiamente dichas. En el único caso en que verdaderamente están indicados los baños de mar, es en las jóvenes *leucorreicas* por linfatismo y anemia.

I. — Indicaciones de la hidroterapia

En la mayoría de los casos de metritis, la hidroterapia constituye un poderoso auxiliar de primera importancia. El mismo Aran no titubea en colocarlo en primera línea en el tratamiento hidrológico de las metritis crónicas.

«Cabe preguntar, dice, si indistintamente puede elegirse entre la hidroterapia, las aguas minerales ó los baños de mar; yo no dudo en dar la preferencia á la hidroterapia, que indudablemente responde á la mayoría de las indicaciones, y que no necesita, otra gran ventaja, ni el alejamiento de la enferma, ni la absoluta renuncia de las exigencias que su situación origine, mucho más cuando no se opone al de otros medios locales y generales que quieran emplearse» (2).

Nosotros no participamos del exclusivismo de Aran; pero, en verdad, ha de reconocerse que la hidroterapia ginecológica está hoy día demasiado descuidada y que, como coadyuvante de la cura termal, puede dar muy buenos resultados. Y cuando por cualquier motivo hay que renunciar á la cura termal, la hidroterapia constituye un precioso recurso.

(1) Sabail.—La cura de *Saint-Sauveur*. Indicación y contraindicación. *Bulletin du Syndicat général des stations pyrénéennes*, 1896.

(2) Aran.—Lecciones clínicas acerca de las enfermedades del útero. París, 1858.

A este propósito pueden consultarse los Tratados especiales de F. Bottey, Beni-Barde y Materne y E. Duval por todo cuanto se refiere á la técnica de la hidroterapia.

Como muy bien ha indicado Fleury, que indudablemente fué el creador de la hidroterapia francesa, la ducha fría, siempre que sea adecuada á la enferma, va á la vez dirigida contra los accidentes locales y los síntomas generales. Se empleará la ducha de chorro entrecortado, que es tónica y resolutiva, y se le asociará, si se juzga conveniente, la ducha *en nappe* sobre la región hipogástrica y lumbar. En las reumáticas, artríticas y las enfermas de reacciones vivas, se empleará más bien la ducha escocesa. Inútil es indicar que todos los procedimientos hidroterápicos que acabamos de indicar encuentran aquí su aplicación.

Tratamiento hidromineral de las leucorreas. — Ahora es cuando podemos hablar del tratamiento hidrológico de las *leucorreas*.

La mayoría de los flujos leucorreicos dependen de una lesión uterina ó anexial, y su tratamiento hidrológico se confunde con el de la enfermedad causal. Mas es indudable que ciertas leucorreas reconocen como causa esencial, ó á lo menos como condición agravante, una enfermedad general ó un estado diatésico, como la clorosis, la anemia, el linfatismo, el herpetismo, el artritismo, etc. Evidentemente, en estos casos, del estado general deriva la principal indicación y sería incurrir en repeticiones si volviéramos á tratar todavía del género de cura que conviene aconsejar.

2.° TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LAS OÓFOROSALPINGITIS, PERIMETROSALPINGITIS, PERITONITIS, ETC.

A.—Consideraciones generales

No hay médico versado en asuntos de hidrología que no haya visto curar las afecciones anexiales en enfermas en las cuales se había juzgado indispensable la histerectomía. «Lo que, como dice Bouloumié, puede muy bien aceptarse, sobre todo cuando nuestros colegas de los balnearios de *Neris*, *Luxeuil*, *Saint-Sauveur*, *Ussat*, *Bagneres-de-Bigorre*, *Salins*, *Salies*, etc., pueden aportarnos un buen contingente de casos, demostrando que, en los que había ó hubo parecido necesaria la intervención quirúrgica, se habían obtenido curaciones ó mejorías en verdad mucho más decisivas que las que se podrían haber obtenido con las operaciones radicales. Nos

han demostrado también cuán difíciles son de mejorar las neuralgias que reaparecen ó persisten consecutivamente á estas operaciones.» Suscribimos en absoluto estas acertadas observaciones y aconsejamos á nuestros colegas meditarlas con seriedad. Por nuestra parte, hemos tenido la satisfacción de evitar muchas veces graves operaciones empleando metódicamente curas termales apropiadas.

Lo que principalmente nos hemos de proponer en el tratamiento hidromineral de estas afecciones es, como muy bien ha dicho Félix Bernard (1), de *Plombières*, obrar sobre las lesiones circunvecinas, los empastamientos ó infartos, exudados, adherencias, etc., que rodean é inmovilizan el útero y sus anexos. Con frecuencia las curas hidrominerales tienen por efecto resolver estos exudados y movilizar los órganos; pueden también calmar los dolores provocados por la lesión ó tener una acción derivadora y descongestionante. Más tarde, después de haberse practicado una intervención quirúrgica juzgada indispensable, subsisten con demasiada frecuencia adherencias, ya preexistentes, ya consecutivas á las prácticas operatorias, y en estos casos también puede dar muy buenos resultados la cura termal. Además, esta cura es de utilidad para preparar el terreno de la operación y para completarla, lo mismo desde el punto de vista del estado general como del local (2). Por último, la cura, aun cuando no tuviera otro efecto que entonar al organismo debilitado por la enfermedad ó remediar ciertos trastornos concomitantes (neurosismo, anemia, etc.), sería también provechosa su intervención.

B.—Indicaciones principales de las curas hidrominerales

Todo cuanto hemos dicho á propósito de las indicaciones derivadas del terreno y de las complicaciones en el tratamiento hidromineral de las metritis, puede perfectamente aplicarse al presente capítulo. Por tanto, no insistiremos de nuevo en ello.

En las *fases agudas* ó *subagudas*, nos abstendremos de todo tratamiento termal, pues conviene esperar que se haya establecido la cronicidad. Mas, si existieran colecciones purulentas en los anexos ó en la pequeña pelvis, será de rigor dicha abstención. Por lo demás, en todo estado de causa, deberá vigilarse muy atentamente el tratamiento hidro-

(1) Félix Bernard.—Tratamiento hidromineral de las enfermedades de la mujer. (*Gazette des Eaux*, 1899).

(2) De Ranse. — De la medicación termal en el tratamiento de las neuralgias útero-ováricas graves. (*Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Paris*, 1890).

mineral, puesto que una imprudencia por parte de la enferma ó del médico puede, hasta con las aguas más inofensivas, ser punto de partida de inflamación aguda en el peritoneo pelviano.

En principio, y aparte de las indicaciones de terreno y de las complicaciones, en las enfermedades objeto de nuestro estudio, se emplearán dos clases de curas; las curas cloruradosódicas fuertes, cuando se quiere favorecer la reabsorción de los exudados crónicos, y las curas de aguas indiferentes, tipo *Néris*, cuando se quieren calmar los trastornos reaccionales y los dolores localizados ó irradiados.

En el caso de *cura cloruradosódica*, se seguirá la técnica que ya hemos expuesto al hablar del modo como generalmente obran estas aguas. En cuanto á las indicaciones derivadas del estado de la lesión, De Lostalot (1) (de *Biarritz)* manifiesta que las aguas cloruradosódicas están contraindicadas en las salpingitis catarrales, pues en este caso la cura despierta dolores. En todo caso, hay que proceder siempre con prudencia y emplear los baños diluídos al cuarto.

La *degeneración quística de los ovarios* y los *hematomas ováricos* de pequeñas dimensiones, constituyen también contraindicaciones. Al contrario, cuando dominan las *periflebitis* y las *perilinfagitis anexiales*, esta cura da muy buenos resultados, con la condición de esperar que la afección haya entrado ya en la fase crónica. De Lostalot cree que los núcleos de perimetritis, que después de la cura desaparecen, constituyen los pretendidos fibromas resueltos bajo la influencia de la cura termal.

La acción resolutiva es también una de las propiedades de los baños de lodo de *Dax*, *Barbotan*, *Saint-Amand*, *Franzensbad*, *Marienbad*, *Elster;* pero el baño de lodo tiene otra acción más enérgica todavía y sólo debe emplearse para las lesiones del todo tórpidas.

Muchas veces será más ventajoso, siempre en el caso de lesiones tórpidas, cuando pueda considerarse como terminado el papel de la infección y que no queden más que los residuos para reabsorber, siempre será, como decimos, más provechoso asociar á la cura cloruradosódica ó á los baños de lodo, una cura derivativa del tipo *Châtel-Guyon*, *Brides*, *Kissingen*, *Hombourg*.

Por último, en los casos en que la intensidad ó violencia del elemento dolor nos induzca á elegir un agua débilmente mineralizada y sedante, recurriremos más bien á las que tienen propiedades resolutivas, como *Ussat*, *Néris*, *Plombières*, *Luxeuil*. Estas mismas aguas podrán igual-

(1) De Lostalot. — Tratamiento de las afecciones del útero y de sus anexos con las aguas de *Salies-de-Bearn*. Orthez, 1891.

mente dar buenos resultados en el tratamiento de los trastornos nerviosos tan frecuentes en las mujeres que han sufrido la castración.

Paul Morély (1), inspirándose en los trabajos y la práctica de su maestro, Chaput, dice en su magnífica tesis, que muchas lesiones anexiales (colecciones tubarias sean ó no supuradas, agudas ó crónicas, hematosalpinx, hidrosalpinx, piosalpinx), accesibles por la vagina, que se tratan por la laparotomía con ó sin histerectomía ó por medio de la histerectomía vaginal, curan con la simple incisión ó la punción vaginal, cuyos peligros para la enferma son muy pequeños, y al mismo tiempo conserva un órgano «cuya supresión no deja de estar exenta de peligros inmediatos y de trastornos más ó menos lejanos.» Este método, eminentemente conservador, dice el autor que asegura á la mayoría de las mujeres una curación radical y definitiva. Ahora bien, en estos casos, la *cura cloruradosódica* practicada con las debidas precauciones, una vez hayan desaparecido los síntomas de agudez, será un poderoso auxiliar de la intervención quirúrgica, favoreciendo la resolución de los exudados perisalpingíticos.

3.° TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LAS DESVIACIONES UTERINAS

A.—Indicaciones generales

En principio, nadie puede abrigar la absurda pretensión de obtener, por un tratamiento termal, el restablecimiento á su posición normal de un útero dislocado. Y no obstante, con un tratamiento bien dirigido de la enteroptosis y un cinturón bien confeccionado, se levantan muchos úteros bajos.

Por otra parte, es cierto que, entre las desviaciones uterinas, algunas dependen de un relajamiento de los tejidos, de una situación viciosa ó de una dislocación causadas y sostenidas por residuos inflamatorios antiguos ó también por una compresión ejercida por los órganos vecinos ó por un intestino ordinariamente relleno de materias fecales. Es indudable, que un tratamiento hidromineral tónico ó resolutivo ó modificador de los órganos compresores, de la coprostasis en particular, podría obrar favorablemente sobre la desviación ó sobre el descenso de la matriz. Y en último caso, ¿no podría confirmar y mantener lo que los medios farmacológicos y quirúrgicos más poderosos hubiesen obtenido?

(1) Paul Morély.—Ensayo acerca la dilatación de las colecciones anexiales por la vía vaginal. Procedimiento de M. Chaput. *Tesis de París*, 1899.

Así, pues, en el primer caso, cuando se trate de relajación general de los tejidos, emplearemos las aguas sulfurosas de *Ax*, *Gréoulx*, *Uriage*, *Eaux-Chaudes*, *Luchon*, *Saint-Sauveur* y *Saint-Honoré*.

En el segundo caso, cuando se intente obtener la resolución de los exudados, se elegirá, siguiendo las indicaciones proporcionadas por el estado general, entre las aguas cloruradosódicas de *Bourbonne-les-Bains*, *Bourbon-Lancy*, *Balaruc*, *Salins*, *Salins-Moutiers*, *Salies-de-Bearn* y *Biarritz*.

De Lostalot resume de la siguiente manera los resultados de su experiencia clínica sobre este punto: «Las desviaciones uterinas recientes, con ó sin prolapso, consecutivas á un parto ó aborto, reclaman las aguas cloruradosódicas, como tratamiento tónico y excitante de la musculatura que entra en juego en la estática útero-pelviana, lo mismo antes que después de las operaciones practicadas con el fin de corregir las dislocaciones de la matriz.»

B.—Tratamiento de los fenómenos dolorosos

Pero donde las curas termales pueden proporcionar incomparables servicios, es cuando se emplean para combatir los fenómenos dolorosos vinculados á las desviaciones del útero. Lo primero que ha de procurar el médico es la determinación de las causas de estos dolores, ya que son muchas las que pueden producirlos, lesiones de los anexos, pelviperitonitis, metritis del útero desviado, estenosis del cuello, compresión de los órganos vecinos, y por último, dolor provocado por la misma desviación.

En los cinco primeros se ha de tratar más bien la causa sobreañadida que provoca los dolores, que no la misma desviación; pero cuando los dolores son provocados por la misma desviación, las aguas débilmente mineralizadas de *Neris*, *Ussat*, *Plombières* producen á veces sorprendentes efectos.

4.° TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LOS FIBROMAS UTERINOS

A.—Acción local del tratamiento hidromineral

Conocida es la fama de que gozaban las aguas cloruradosódicas fuertes en el tratamiento de los fibromas uterinos. Antes de los progresos de la cirugía, estas aguas constituían el agente terapéutico más frecuente-

mente empleado en el tratamiento de estos tumores, y actualmente aun, en los casos en que es discutible la intervención, sea porque las conexiones del tumor hacen difícil la ablación, sea porque la enferma llega á esa época de la menopausia en que los fibromas uterinos crecen mucho más lentamente ó se convierten en estacionarios ó hasta pueden presentar cierta tendencia á la regresión ó á la atrofia, en estos casos, decimos, la indicación de las *aguas cloruradosódicas* es muy razonable hasta para los intervencionistas decididos.

Lo primero que cabe preguntar es si el fibroma puede desaparecer por la única influencia del tratamiento cloruradosódico. Lejard (1) dice haber visto, en 39 casos de fibromas, uno en que el tumor, habiéndose totalmente aplanado, formaba una especie de plastrón subpúbico. Pozzi declara que las aguas minerales cloruradosódicas tienen una acción indiscutible sobre los cuerpos fibrosos, y obran, además, realzando la nutrición general. «Los casos, dice, en que he obtenido una mejoría son muy numerosos.»

Desnos, después de haber alabado su acción, intenta interpretarla del siguiente modo: «Sabido es que, por el influjo de un proceso irritativo, el tejido del cuerpo fibroso puede sufrir una degeneración regresiva gránulograsosa, y que al llegar á este estado puede ser reabsorbido. De este modo es como, por el hecho del movimiento congestivo que se opera en la matriz durante la gestación, puede observarse que los fibromas sufren después del parto un trabajo de absorción que los hace *desaparecer* ó disminuir considerablemente de volumen (2).»

Exchaquet (de *Bex*) escribe que «la acción resolutiva de las aguas obra más directamente sobre las complicaciones inflamatorias, y parece combatir el elemento congestivo común y ordinario que favorece el crecimiento de los tumores.

Puede aquí aplicarse el tratamiento intensivo en lo que sea posible, baños prolongados fuertemente mineralizados y compresas de aguas madres.

La calma ó disminución de los síntomas subjetivos de compresión, dolores al andar, neuralgias, irritación vesical, etc., bien pronto demuestra palpablemente á las enfermas la eficacia del tratamiento. El médico puede muchas veces comprobar al mismo tiempo, primero un cambio de consistencia y después una disminución de volumen del fibroma. En resumen, se obtiene, algunas veces desde la primera cura, una detención mar-

(1) Ch. Lejard.—*Salies-de-Bearn*, París, 1899.

(2) Desnos.—Tratamiento de las enfermedades de la mujer por las aguas minerales, *Annales de gynécologie*, 1874.

cada en el curso del mal, consiguiéndose á veces, con dos ó tres temporadas, una verdadera regresión por atrofia del tumor (1).»

De Lostalot (de *Biarritz*) no cree que un fibroma pueda desaparecer con la aplicación única del tratamiento balneario cloruradosódico. Afirma que los casos de fibromiomas curados por el tratamiento termal son errores de diagnóstico y cita en apoyo de su opinión hechos muy concluyentes.

No seguiremos con esta enumeración de opiniones y afirmamos con la mayoría de los médicos de los balnearios de aguas salinas que si ciertas aguas no curan radicalmente los fibromas haciéndolos desaparecer, tienen, sin embargo, un efecto innegable, puesto que pueden reducir el volumen del tumor y atenuar ó curar muchos síntomas provocados por el mismo tumor ó por sus complicaciones.

En los casos de fibromas simples, no hemorrágicos, en general pasa lo siguiente: pudiéndose aumentar la concentración de los baños y llegar á los baños salinos puros, en las aguas cloruradosódicas muy ricas, como *Salies-de-Bearn* y *Biarritz*, se observa, del décimo al décimoquinto día, una congestión más ó menos intensa de los órganos pelvianos, caracterizada por un retorno ó una agravación de los fenómenos dolorosos, y sobre todo por las pérdidas blancas, que son muy espesas; después, á los veinticinco días, todo se atenúa; la desaparición de los dolores y la disminución de la leucorrea señalan el fin de la congestión uterina; muchas veces conviene cesar la administración de los baños. Entonces comienza la involución fibrosa, que se mantiene durante uno ó dos meses después de la cesación de la cura. Mas la balneación cloruradosódica tiene también por efecto resolver los exudados periuterinos y disminuir la adiposis abdominal, tan frecuente en estas enfermas.

Al mismo tiempo mejoran los síntomas funcionales y también las metrorragias, mientras que el estado general sufre una verdadera regeneración.

B.—Contraindicaciones especiales

Mas si el fibroma se congestiona fácilmente, como sucede en algunas artríticas sujetas á hemorragias, la cura está contraindicada. Lo mismo acontece si los dolores provienen no de una compresión ejercida por el fibroma, sino de una reacción inflamatoria que se manifiesta en la periferia.

Conviene saber también que los dolores neurálgicos, tan frecuentes en

(1) Exchaquet.—El tratamiento termal de Bex. *Lausana*, 1896.

las mujeres artríticas ó hasta uricémicas, cuya orina es escasa, obscura y sedimentosa, se exasperan con los baños salinos, á menos que se empleen baños muy débiles que, como ha demostrado Alberto Robin, provocan descargas de ácido úrico. En estos casos, los baños de *Neris* y *Ussat* son generalmente preferibles; pero entonces la indicación sintomática es la dominante y no se obra sobre el mismo fibroma.

Los baños salinos están igualmente contraindicados en las enfermas afectas de trastornos cardíacos y aunque sean funcionales, lo mismo que las enfermas que tienen degeneración ó sobrecarga adiposa del corazón. Como indica De Lostalot, podría entonces correrse el peligro de provocar un síncope.

Por último, cuando aparte de toda previsión y en los casos de fibroma hasta entonces no hemorrágico ó acompañado solamente de simples menorragias, se observa la aparición de metrorragias durante la cura salina, vale más abstenerse é interrumpir la cura ó á lo menos reducirla á los baños de la más débil concentración.

C.—Indicaciones generales del tratamiento hidromineral

Las indicaciones generales de la cura han sido muy bien expuestas por Lavergne y De Lostalot de la siguiente manera, cuya conformidad es para nosotros absoluta (1):

1.° Fibromiomas de evolución lenta no acompañados de hemorragias que pueden rápidamente ser amenazantes;

2.° Fibromiomas desarrollados en la época de la menopausia;

3.° Fibromiomas cuyo demasiado volumen y enclavamiento hacen muy peligrosa la extirpación.

Añadiremos nosotros que la albuminuria debida á la compresión ejercida por un fibroma voluminoso no contraindica las aguas, antes al contrario, poseemos casos en que las aguas de *Biarritz* han dado muy buenos resultados. Pero conviene emplear los baños de muy débil concentración, someter á las enfermas al régimen lácteo durante la cura y vigilar muy atentamente la cantidad de orina.

Fuera de las aguas cloruradosódicas, á los tumores fibrosos del útero apenas puede aplicárseles otras estaciones minerales, sólo en los casos en que no hay que tratar el mismo tumor sino una de las complicaciones ó si hay que modificar el estado general de la enferma. Sin embargo, hemos

(1) De Lostalot. — Indicaciones y contraindicaciones de las aguas clorobromoyoduradas de Biarritz. *Bayona*, 1895.

de indicar, cuando menos como recuerdo, que Max Durand-Fardel manifiesta que las aguas de *Vichy* producen sobre ciertos fibromas una acción resolutiva y que modifican ventajosamente las metrorragias y las menorragias que tan á menudo complican estos fibromas. No sabemos que esta opinión haya sido confirmada por otros autores.

Si hay tendencia á las congestiones de la pequeña pelvis, podrán emplearse con resultado las curas derivativas intestinales y depletivas de *Brides*, *Marienbad* ó de *Carlsbad*.

Por último, en las enfermas en que se ha practicado la ablación de un fibroma, dará buen resultado una cura tónica en las aguas ferruginosas ó también en las cloruradosódicas.

5.° TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LA ESTERILIDAD

La mayor parte de las estaciones termales en que se tratan las enfermedades de la mujer, incluyen también entre sus propiedades la de tratar y curar la esterilidad. *Luxeuil*, *Saint-Nectaire*, *Plombieres* con su ducha local de vapor del Capuchino, que goza de legendaria reputación; *Saint-Sauveur*, *Salies-de-Béarn*, *Evaux*, estaciones marciales, salinas, cloruradosódicas, indiferentes, todas cuentan en su activo con innumerables éxitos.

De estos éxitos obtenidos con las aguas de acción tan diferente, conviene atribuir desde luego una parte á las condiciones climatéricas, higiénicas y psíquicas, y después considerar que los procedimientos balneoterápicos, el uso interno de las aguas, obran unas veces sobre las afecciones uterinas de las que la esterilidad es una de sus consecuencias, otras favorecen la reabsorción de los exudados; en otros casos provocan revulsiones cutáneas ó derivaciones intestinales que modifican la circulación uterina, y en otros descongestionan el útero, suprimen el flujo, mejoran la reacción patológica de las mucosidades vaginales y uterinas, reacción que puede dificultar la actividad de los espermatozoides, y por último levantan la nutrición general decadente.

Puede también tener su influencia, que no es de despreciar, la falta de relaciones sexuales, que ha de ser de regla durante la cura. Por tanto, se comprende cómo las curas termales pueden obrar sobre las causas de la esterilidad, y cómo á veces es ésta indirectamente curada.

Lo primero que ha de hacerse antes de comenzar una cura, es determinar cuál es la verdadera causa de la esterilidad.

Cuando depende de un retardo en el desarrollo del útero, de una espe-

cie de atrofia evolutiva del órgano (útero infantil ó pubescente) y si va acompañada de trastornos menstruales como de amenorrea y dismenorrea, toda cura que pueda estimular la nutrición del aparato genital y realzar al mismo tiempo al estado general, puede ser ensayada. De este modo es cómo pueden explicarse los éxitos obtenidos en las aguas sulfurosas de *Cauterets* y *Saint-Sauveur*, aguas cloruradosódicas, ferruginosas, como *Forges-les-Eaux*, aguas bicarbonatadocloruradas como *Royat*, *Saint-Nectaire*, aguas indiferentes como *Plombieres* (manantial del Capuchino), *Luxeuil*, *Evaux*, cuando son excitantes por sus propiedades ó por las prácticas balnearias empleadas.

Estas mismas aguas se utilizan también en los casos que tienden á la atrofia, que se observan, aunque raras veces, en el puerperio y parecen depender de una infección.

La acidez exagerada de las secreciones vaginales se tratará con las aguas alcalinas de *Vichy* y *Vals*, *Royat*, *Saint-Nectaire*, *Châtel-Guyon*, *Brides;* estos dos últimos manantiales obran también como derivativos y descongestionantes.

El vaginismo, sobre todo cuando se acompaña de hiperestenia general y de irritabilidad nerviosa, se combatirá en *Plombieres*, *Néris*, *Ussat*, *Bagneres-de-Bigorre*, *Dax*, *Badenweiler*, *Schlangenbad*, *Wildbad*.

Por último, cuando la esterilidad depende de un mal estado general, clorosis, escrofulismo, artritismo, obesidad, nos regiremos según la dominante morbosa de la nutrición, siguiendo las indicaciones que tantas veces hemos formulado en el transcurso de nuestro trabajo.

X

Tratamiento hidromineral de las enfermedades de los órganos genitales externos

1.° VAGINITIS Y VULVITIS. — Las vaginitis, sea cual fuere su agente patógeno (gonococos, saprofitos, estafilococos, etc.), raras veces se hacen acreedoras á una cura termal. Sin embargo, cuando, á consecuencia de una debilitación del estado general, adquieren cierta tendencia á la cronicidad, como sucede, por ejemplo, en algunas jóvenes en el curso de la convalecencia de afecciones graves, un tratamiento termal tónico podrá dar muy buenos resultados.

Entonces es cuando podrá combinarse la acción anticatarral y modi-

ficadora de las mucosas, que poseen las aguas ferruginosas y principalmente las sulfurosas con sus efectos tónicos y reparadores.

Entre las sulfurosas tenemos las de *Cauterets*, *Saint-Honoré*, *Luchon*, *Ax*, *Uriage*, *Gréoulx*, *Eaux-Bonnes* y *Saint-Sauveur*, y entre las ferruginosas, las de *Bussang*, *Spa*, *Forges*, *Franzensbad*.

Todo lo dicho puede igualmente aplicarse á las vulvitis. Procuraremos entonar al organismo cuya debilitación sostiene el trastorno local, empleando según los casos las aguas sulfurosas, cloruradosódicas ó las arsenicales como *la Bourboule*.

2.° DERMATOSIS VULVARES.—En principio se tratarán con as aguas sulfurosas de *Luchon*, *Cauterets*, *Uriage*, etc., siempre y cuando estas dermatosis no sean excitables.

Si así no sucede, podremos emplear aguas más suaves como *Saint-Honoré*. Y si, por último, estas lesiones son de extremada irritabilidad, nos contentaremos con el tratamiento sedante de *Neris*, *Plombieres*, *Schlangenbad*.

Las aguas de *la Bourboule* son del todo y especialmente indicadas en el herpes vulvar.

3.° PRURITO VULVAR.—Esta afección, tan tenaz é incómoda, esencialmente necesita una cura sedante: *Neris*, *Dax*, *Plombieres*, *Ussat* y *Saint-Honoré*.

Mas no conviene olvidar que el prurito vulvar esencial es extremadamente raro y hasta no sabemos si existe por sí solo. Es provocado por una causa local que conviene investigar y sujetarlo de momento á un tratamiento.

Además de la causa local que puede ocasionarlo, también este rurito puede ser sostenido por un estado constitucional ó por una enfermedad determinada, como la diabetes, la gota y el mal de Bright, la insuficiencia hepática, la dispepsia por fermentación, etc. En la determinación de esta condición del terreno es donde se encuentra la indicación urgente de la cura termal. Así es como uno de nosotros ha visto curar en una enferma gotosa en *Contrexéville* un prurito vulvar rebelde, mientras que otra enferma diabética reportaba beneficiosos resultados de la cura de *Vichy*.

4.° ESTIÓMENO DE LA VULVA —No existe indicación ni tampoco ninguna experiencia clínica acerca del tratamiento termal de esta afección; mas quizá el estiómeno de la vulva, cuya naturaleza tuberculosa

es conocida, beneficiaría con las aguas sulfurosas y las cloruradosódicas fuertes.

5.° LEUCOPLASIA VULVOVAGINAL.—Puede mejorarse quizá con las aguas de *Saint-Christau*, que con frecuencia han sido empleadas con éxito por Benard en la leucoplasia bucal. Los baños prolongados de *Loudche* podrían á lo menos ser ensayados.

TRATAMIENTO

DE LAS

ENFERMEDADES DEL OÍDO

TRATAMIENTO

DE LAS

ENFERMEDADES DEL OÍDO

CAPITULO PRIMERO

NOCIONES PATOLÓGICAS É INDICACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES

sobre las

ENFERMEDADES DEL OÍDO

POR

E. MENIERE

Médico agregado de los Sordo-mudos, jefe del servicio otológico del Dispensario Furtado-Heine

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

Oto-rino-laringólogo

I

Consideraciones generales

El estudio de las afecciones del oído, desatendido ó por mejor decir descuidado durante mucho tiempo, porque los prácticos no sospechaban ni reconocían toda su importancia, ha tomado desde unos años á esta parte notable incremento. Si en el extranjero, y sobre todo en Alemania, se han publicado notabilísimos trabajos, es bueno no olvidar, como así tienden muchos autores, los progresos realizados por la escuela francesa.

Estos esfuerzos hubieran sido mucho más considerables, si en Francia la enseñanza oficial no hubiera sido y no fuera todavía nula en absoluto. La clínica, cuya importancia es capital, debe fundarse en la anatomía patológica, que no es posible sino con la hospitalización de los enfermos y las necropsias, pues nuestras clínicas particulares son en absoluto insuficientes para esta clase de investigaciones.

Aprender las enfermedades del oído es cosa difícil, del mismo modo que el estudio de muchas otras enfermedades.

No encontrando en nuestro país un centro de enseñanza completa, los alumnos van al extranjero. No debe creerse, sin embargo, que sea suficiente estar dos ó tres meses en Viena ó en Berlín para volver de allí convertido en otólogo. A la vuelta se sabe lo preciso para comprender que se sabe muy poco.

Que se faciliten á los estudiantes y á los médicos franceses los medios de estudio que existen actualmente en todos los países y podremos igualar, si no sobrepasar, á nuestros rivales extranjeros.

El aparato auditivo, tan complejo en su conjunto, está contenido en gran parte en el espesor del peñasco. Las relaciones de la caja del tímpano y de sus prolongaciones ó divertículos (trompa de Eustaquio y células mastoideas), con las partes ó regiones vecinas, son de muchísima importancia. El otólogo debe conocerlas detalladamente por lo que se refiere á la *etiología*, al *diagnóstico*, *pronóstico* y sobre todo al *tratamiento*. Estas relaciones explican la gravedad de las complicaciones debidas á las inflamaciones tan frecuentes del oído medio.

La terapéutica de las afecciones del oído ha entrado en una nueva vía, desde que se han puesto en práctica la asepsia y la antisepsia.

El espacio que se nos ha reservado en esta obra no nos permite entrar en todos los detalles. Nos ocuparemos, pues, particularmente de la terapéutica de las otitis en general, porque las otitis son las que se encuentran con mayor frecuencia en la práctica.

II

Profilaxia é higiene

Todos los autores están de acuerdo en admitir que las enfermedades, infecciosas ó no, del oído medio, reconocen por causa, en la casi totalidad de los casos, la propagación por la trompa de Eustaquio de una inflamación que radica en la nariz ó en la faringe nasal. La continuidad de las mucosas de estas regiones explica fácilmente la marcha del proceso.

En efecto, en todas las enfermedades infecciosas ó específicas (escarlatina, sarampión, fiebre tifoidea, tuberculosis, sífilis, grippe, etc.), la otitis es siempre consecutiva y aparece al principio ó durante el curso de la enfermedad.

Hemos visto, sin embargo, algunos casos en que una otitis media

había marcado de un modo evidente el comienzo de una afección reumática, cuando todavía no había sido atacada ninguna articulación.

Consideramos, pues, muy útil, desde el punto de vista profiláctico é higiénico, hacer practicar á los niños los *lavados* de la nariz, no empleando las inyecciones nasales, inútiles para este objeto y á veces hasta nocivas, sino las simples aspiraciones nasales en el hueco de la mano. El agua debe ser caliente (unos 35°, nunca agua fría), con la adición de un antiséptico no cáustico (*ácido bórico, borato de sosa, boricina, coaltar saponinado, resorcina*, etc.). Es una costumbre higiénica que aconsejamos á muchas familias, y la experiencia nos ha evidenciado sus beneficios.

Estos mismos lavados de la nariz deben prescribirse al principio de las enfermedades infecciosas, puesto que pueden impedir la propagación de la inflamación al oído medio. Este resultado tiene su valor, ya que sabido es cuán graves y tenaces son las consecuencias de la otitis media crónica, sea ó no supurada.

La limpieza de los oídos en el niño debe hacerse con mucha suavidad. No debe emplearse más que escarbaorejas-esponja, á fin de evitar la herida del tímpano. La humedad constante de algunas comarcas ó de ciertas casas muchas veces es la causa de esa forma de otitis catarral crónica, que evoluciona lentamente, pero que conduce á una sordera más ó menos intensa y con frecuencia incurable. Es necesario, pues, que cada uno sepa, sea ó no enfermo, los peligros que se corren habitando en sitios húmedos.

Por último, nunca se recomendará demasiado á los que viven en medio de ruidos violentos (obreros de diversas clases, artilleros, empleados de ferrocarril, etc.), que tapen siempre sus oídos con torundas de algodón, á fin de disminuir la intensidad de las conmociones transmitidas al oído interno, conmociones que se manifiestan más adelante por ruidos subjetivos intermitentes ó continuos y muchas veces por sordera grave.

III

Medios terapéuticos

A. — MEDIOS MÉDICOS

La asepsia y la antisepsia aplicadas con todo el cuidado necesario han permitido realizar muchos progresos en la terapéutica. No es sin cierto orgullo que nos permitimos recordar que desde 1869 fuimos de los

primeros en emplear contra la otorrea crónica el *ácido fénico* (1 por 10 gramos de glicerina), que no se empleaba sino raras veces á las dosis de 1 por 30 ó 1 por 50 de vehículo.

En la forma aguda, la primera indicación ha de ser intentar calmar los dolores siempre tan violentos. Entre los medios farmacológicos uno de los mejores es el *baño de oído medicamentoso caliente* de diez á veinte minutos, que se renueva hasta obtener alivio.

El procedimiento de Delstanche, que consiste en introducir en la caja por la trompa algunas gotas de *vaselina yodofórmica* al 4 por 100 ó de *vaselina* y *aristol* al 1 por 30, da buenos resultados cuando se aplica desde el principio. Algunos autores preconizan el *frío*, que siempre nos ha parecido que no producía tan buenos efectos como el calor.

Una vez establecida la supuración, después de la evacuación espontánea ó quirúrgica, pueden emplearse dos métodos. El primero consiste en hacer una cura seca por medio de tiras de gasa antiséptica (yodoformo, etc.), con las que se rellena ligeramente el conducto auditivo hasta el fondo.

Pero siempre hemos preferido y preferimos con mucho las *inyecciones abundantes* de agua caliente con la adición de una substancia antiséptica (*fenosalil*, *fenol* absoluto, *coaltar saponinado*, y á veces hasta *sublimado* al 1 por 2000); nuestra experiencia con respecto á esta materia nos permite afirmar que los lavados abundantes (medio litro al menos), con un buen inyector, son en absoluto necesarios para limpiar completamente las anfractuosidades de la caja.

Las inyecciones abundantes por la trompa son útiles en as otitis infecciosas. Cuando la caja está bien limpia, está indicado llevar á todas las partes enfermas una mezcla antiséptica, cuyo vehículo debe ser la *glicerina* pura. Esta substancia, evaporándose lentamente, permite que el medicamento permanezca mucho más tiempo en contacto con las partes enfermas.

El fenol absoluto y el fenosalil son los productos que nos han dado siempre mejores resultados.

Algunos autores, sobre todo en Alemania, han empleado polvos medicamentosos. Pero éstos presentan ciertos inconvenientes (masas endurecidas que detienen ó dificultan el flujo purulento, etc.), y esta medicación no goza del mismo favor.

El empleo del *alcohol rectificado* en baños prolongados dentro del conducto, cuyo empleo ha indicado Politzer, logra secar muy bien ciertas otitis medias purulentas crónicas con mamelones carnosos que tapizan la caja.

Los medios terapéuticos que podemos oponer á los ruidos subjetivos, cuya etiología es todavía tan mal conocida, producen en general muy pocos resultados.

B. — MEDIOS QUIRÚRGICOS

Con los métodos aséptico y antiséptico puestos en uso con todo su rigor, la intervención operatoria no tiene por sí misma gravedad alguna. Los otólogos han pensado con razón, que abriendo ampliamente las celdillas mastoideas, podrían lograr combatir las supuraciones rebeldes y sobre todo las complicaciones encefálicas.

Esta manera de pensar, por sí misma muy racional, ha tomado una extensión tal vez demasiado grande, y se ha llegado á abusar de las intervenciones operatorias, ó cuando menos á exagerar sus necesidades.

Sólo una larga práctica permite hacer una selección entre los nuevos métodos, pues no debe olvidarse nunca lo que enseñan la experiencia y la observación.

No podemos admitir, como hacen muchos cirujanos, que toda supuración crónica del oído que no termine en breve plazo empleando los medios terapéuticos de que disponemos, deba ser tratada siempre mediante una operación.

Los medios farmacológicos aplicados con cuidado y perseverancia dan muy buenos resultados, y podríamos citar numerosas observaciones de curaciones completas con integridad del tímpano y audición normal, obtenidas por un tratamiento esmerado continuado durante bastante tiempo.

Con todo, los intervencionistas afirman que la operación abrevia la duración de la enfermedad y evita las complicaciones ulteriores. Lo admitimos en muchos casos. Pero lo que es cierto en teoría no es tan sencillo en la práctica. Actualmente es muy difícil hacer aceptar la *necesidad* de una trepanación limitada ó extensa cuando el enfermo no siente ningún dolor, no tiene fiebre ni temperatura, y nada en su estado parece exigir una medida tan radical.

En la otitis aguda, la intervención operatoria está representada por la incisión de la membrana timpánica. Esta pequeña operación está indicada, aun cuando no haya derrame intratimpánico, pues siempre va seguida de buen resultado y no puede tener inconveniente alguno. La incisión debe ser lo más amplia posible.

Entre las pequeñas operaciones locales citaremos: la perforación artificial de un tímpano engrosado, la sección del pliegue posterior del tímpano, la sección del ligamento anterior del martillo, la tenotomía del

tendón del músculo del martillo y del músculo del estribo que están algo abandonadas.

Se practica con más éxito la extracción del martillo y del yunque. Nada diremos de la extracción del estribo, pues esta cuestión dista mucho de ser dilucidada.

No haremos más que mencionar el cateterismo de la trompa de Eustaquio, cuya importancia es extraordinaria. Pero insistiremos en el empleo de las bujías de goma que sirven de vehículo á la tintura de yodo. Este método terapéutico sirve para combatir eficazmente las afecciones crónicas de la trompa y nos permite llegar hasta la caja. Nos hemos esforzado, desde hace mucho tiempo, en sacarlo del olvido en que se le había dejado y afirmamos que nos ha dado éxitos inesperados.

C. — MEDIOS GENERALES

¿Es necesario insistir mucho sobre la importancia del tratamiento general en las afecciones del oído? El escrofulismo, el linfatismo, la sífilis, el reumatismo, la gota y la tuberculosis deben combatirse en sus diversas manifestaciones. Reconstituir el organismo, dar á los enfermos el medio para resistir las variadas infecciones que atacan el aparato auditivo, he aquí indicaciones precisas que ningún médico puede desconocer.

IV

Manera de obrar

En el estado inflamatorio agudo de la caja, la terapéutica activa se reduce á la incisión del tímpano, que, abriendo una vía á las secreciones patológicas, impide su acumulación y detiene la extensión del proceso inflamatorio, que podría alcanzar las celdillas mastoideas y el encéfalo.

En el estado crónico, los medios medicamentosos, empleados con continuidad, detergen las anfractuosidades de la caja. Entonces es cuando pueden emplearse con utilidad las mezclas antisépticas, que, continuamente en contacto con las partes enfermas, llegan á atenuar la virulencia de los microbios, lo que permite obtener la curación.

Cuando el estado morboso necesita una intervención operatoria, esta intervención está destinada á abrir una amplia vía á las secreciones purulentas, y á facilitar al cirujano la extracción de los secuestros y el raspado de la región.

V

Indicaciones

Cuando el médico se encuentra en presencia de una afección aguda del oído (externo ó medio), la primera indicación ha de ser procurar calmar los dolores, cuyo carácter particular de agudeza se explica por la inextensibilidad de las diversas partes del órgano auditivo.

Si existe un absceso del conducto, un forúnculo, hay que incindirlo lo más pronto para disminuir el dolor é impedir las complicaciones.

Cuando hay colección intratimpánica, sanguínea, mocopurulenta ó purulenta, es urgente abrir una vía suficientemente ancha, incindiendo el tímpano verticalmente en toda su altura.

A veces, después de la *rotura espontánea*, la fístula timpánica no es bastante grande para permitir la libre salida del pus. La indicación precisa consiste en agrandar la perforación.

En los casos en que haya inflamación de la cámara de los huesecillos, con perforación de la membrana de Shrapnell y caries de la cabeza del martillo y á veces simultáneamente del yunque; cuando la supuración no se agota después del uso bastante continuado de los medios farmacológicos, deben extraerse las partes cariadas y hasta, lo que es preferible, practicar la extracción de los dos huesecillos, conservando sobre todo el estribo.

Cuando la otitis media purulenta se complica de brotes agudos por parte de la mastoides, es de importancia discutir detenidamente las indicaciones de la intervención operatoria.

Estas indicaciones distan mucho de ser absolutas en muchos casos; este es el punto delicado, pues se trata de saber si sería preferible curar (tal vez con menos rapidez) sin operación, en vez de considerar la intervención como el mejor y único tratamiento.

En la *periostitis* simple, existe un empastamiento ó induración flemonosa más ó menos considerable con tumefacción de la región mastoidea. El pabellón de la oreja está *separado* y el surco aurículo-temporal *borrado*.

La incisión de Wilde (incisión de los tejidos, comprendiendo el periostio) hasta el hueso, es un excelente procedimiento, por más que digan los cirujanos. Para esta incisión puede emplearse también el termocauterio de Paquelin.

Cuando hay inflamación profunda de las celdillas, la hinchazón y el empastamiento de la región son poco marcados y hasta pueden dejar de existir; el dolor sólo es provocado por una presión bastante fuerte sobre la misma apófisis; la *separación* del pabellón no existe, y el surco aurículo-temporal está *conservado*. Cuando los síntomas son bien manifiestos la indicación es precisa, hay que trepanar.

Pero sucede con bastante frecuencia que coexisten las dos variedades, y entonces los síntomas periósticos pueden ocultar la mastoiditis interna.

En estas condiciones, sin comprometer nada, está indicado practicar la incisión de Wilde. Si al cabo de veinticuatro ó treinta y seis horas los síntomas generales y locales no han mejorado mucho, hay que intervenir rápidamente y trepanar.

Los cuerpos extraños del conducto, tapones de cerumen, etc., deben extraerse lo más pronto posible por medio de inyecciones abundantes. *Nunca* deben hacerse tentativas de extracción con instrumentos, pinzas, ganchos, etc.

Las afecciones catarrales crónicas de la trompa y de la caja exigen tratarse con persistente constancia, única manera de poder obtener algún resultado. Es tanto más importante el combatir estas diversas afecciones, por cuanto se trata de impedir que aumente la sordera, y sobre todo de obtener el máximo de audición compatible con el estado de los enfermos.

El empleo de las bujías de goma mojadas con tintura de yodo nos ha dado numerosos éxitos en estos casos.

No nos extenderemos más sobre las indicaciones terapéuticas que se refieren á las enfermedades del oído interno.

La enfermedad de Menière muchas veces mejora y á veces cura por las sales de *quinina*. En cuanto á las demás afecciones, secundarias á la sífilis, etc., las inyecciones de *pilocarpina*, que se emplean desde algunos años, no han dado los resultados que de ellas se esperaban.

Resultados

En general, puede decirse que en la mayoría de casos los resultados dependen de la rapidez con que se emplean los diversos métodos indicados.

No nos extenderemos mucho acerca de esto, puesto que os resultados terapéuticos se indicarán en el transcurso de los diversos capítulos de este libro.

Las afecciones agudas necesitan cuidados inmediatos. Si éstos no curan rápidamente, cuando menos tienen la inmensa ventaja de evitar muchas veces complicaciones graves, que se producen con tanta frecuencia, sobre todo en los individuos que tienen una tara profesional. Los resultados de una operación hecha en el momento oportuno son considerables. Es, pues, necesario un examen atento.

¡Cuántas veces ha sucedido, y sucede todavía, que las inflamaciones agudas de la caja son desconocidas en su principio por el médico de la familia! ¡Cuántas llamadas meningitis se han resuelto por sí mismas con una perforación espontánea del tímpano, cuando no se pensaba en modo alguno en una enfermedad del oído!

En los casos de esta clase, el otólogo llamado á tiempo puede salvar al enfermo por una intervención rápida, cuya eficacia es indudable.

Las afecciones crónicas necesitan una continuidad de cuidados, que á veces cansa al enfermo y al médico. En nuestra larga práctica hemos obtenido muchos éxitos armándonos de paciencia y de perseverancia.

Las enfermedades del oído interno, mejor conocidas desde algunos años á esta parte, con frecuencia son refractarias á nuestros medios terapéuticos. Sin embargo, deben emplearse las diversas medicaciones en uso, hasta que esté probado que sus efectos son nulos.

CAPITULO II

TERAPÉUTICA GENERAL DE LAS AFECCIONES DEL OÍDO

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Necesidad de una terapéutica general

La importancia preponderante de los cuidados tópicos y de las acciones terapéuticas locales, de las intervenciones directas *manu armata*, su gran superioridad, es por todos reconocida; sin embargo, ninguno de nosotros, en el transcurso del examen de un individuo que nos consulte por una afección auricular, debe olvidar la investigación de las condiciones orgánicas, fisiológicas y patológicas generales del paciente; todos debemos esforzarnos en conocer sus tendencias morbosas individuales ó de familia, su constitución, la influencia de la profesión, del clima, de los tratamientos que se han empleado, etc.

Además de los cuidados aplicados directamente en el oído enfermo, se reconoce que es necesaria una terapéutica general, nacida de las relaciones etiológicas recíprocas de los diversos órganos y de la influencia natural de los medios de la economía; el médico no puede desconocer estas relaciones patogénicas, ni dejarlas de tener en cuenta en sus prescripciones y consejos.

De todos modos, el estudio de la patología auricular, tal vez más que ninguna otra, expone el cuadro complejo de las influencias diatésicas, de las enfermedades anteriores, de las infecciones generales y de la misma evolución orgánica, en el origen y marcha del proceso otítico.

La clínica demuestra su subordinación frecuente á los diversos estados morbosos generales ó locales, sean primitivos ó secundarios.

De lo dicho se deduce la necesidad de una terapéutica general de las afecciones auriculares.

Para exponerla, hemos tomado y clasificado tipos clínicos otológicos bien deslindados, y no los hemos considerado como auristas solamente, como especialistas, á título de mal local, sino como determinación actual de enfermedades más generales, ó como origen de complicaciones de mayor alcance y de acciones morbosas á distancia.

II

Profilaxia

Ante todo estudiaremos el conjunto de medios profilácticos que pueden emplearse para salvar el oído en las afecciones agudas.

Las fiebres eruptivas y de otra naturaleza ¿no ofrecen en su curso ó como secuela lesiones óticas, muchas veces bilaterales? Cuidados particulares indirectos, aplicados oportunamente, obran entonces como preventivos y merecen ser indicados y recomendados á los médicos como medios de gran valor: prever es prevenir. Desde este punto de vista, las irrigaciones nasales detersivas y antisépticas, tan justamente recomendadas por Guye, de Amsterdam, en el sarampión, la escarlatina, la grippe y otras enfermedades infecciosas, etc., en el Congreso de Basilea, han constituído un verdadero progreso y se han hecho clásicas en todas partes.

Del mismo modo, bueno es recomendar á los padres que con frecuencia coloquen los niños en brazos, para no prolongar el decúbito, que lleva los exudados intratubáricos hacia el oído medio, y quitar éstos con frecuencia por medio de la ducha de aire practicada con la pera de caucho por una ventana nasal, dejando abierta la otra (sonar artificial).

Del mismo modo no vacilamos, en plena escarlatina anginosa con delirio y dificultad considerable de la respiración causada por la tumefacción enorme de las amígdalas, en extirpar cuando menos una de estas glándulas para restablecer la respiración y lanzar directamente á la garganta del niño que no sabe gargarizar, chorros de agua de Seltz, con el sifón ordinario, á cuyo tubo se añade una cánula de goma de suficiente longitud (15 centímetros). Nada hay más resolutivo que estas duchas frías

y nada salva tanto los oídos en esta enfermedad, que deja tantos sordos, otorreicos y sordo-mudos.

En el adulto, la profilaxia de las afecciones óticas ó de sus recidivas tiene otras muchas distintas maneras de obrar; así, la hidroterapia hace que las mucosas nasales sean menos susceptibles y los catarros auriculares y sus consecuencias (zumbidos, vértigos) menos frecuentes.

El matrimonio, el embarazo y la lactancia pueden desaconsejarse á los pacientes atacados de sordera con tendencia esclerosa. Entramos dentro del campo de la higiene: la elección de una profesión, de un clima, de una permanencia transitoria ó habitual no es una predisposición despreciable en ciertas tendencias á las afecciones óticas, hereditarias ó adquiridas. La agravación del trastorno auditivo, ó, al contrario, su atenuación, dependen muchas veces de ello.

Pero, *en la infancia*, debe instituirse formalmente la profilaxia; ésta ha de luchar contra las causas de sordo-mudez.

El médico aurista puede ser consultado, además, por una familia en la que se ha presentado una sordo-mudez ó una lesión destructiva del oído; se procurá instituir el tratamiento profiláctico oportuno con motivo de un segundo embarazo ó de un recién nacido.

Las sorderas congénitas por heredosífilis, tuberculosis, por infección microbiana del feto en el curso de la gestación (estreptococo, estafilococo, pneumococo, etc.), en general están fuera de nuestra previsión, pero no absolutamente en las nuevas gestaciones.

No sucede lo mismo después del nacimiento.

Los oculistas nos han demostrado la urgencia y los beneficios de los cuidados inmediatos aplicados al niño que acaba de nacer en ciertas condiciones conocidas ó sospechadas; por nuestra parte aplicamos los lavados antisépticos de los ojos, tan útiles en este momento, á las fosas nasales y á las aberturas de los oídos.

Las vías de la heteroinfección en la vía vaginal ó por las aguas infectadas del amnios, serán minuciosamente inspeccionadas para el oído, como para los ojos, y aseptizadas. Por otra parte, las infecciones del niño de teta por la leche del pecho también son comunes y no podemos hacer más que citarlas. Las heteroinfecciones de la lactancia artificial son, como se sabe, muy temibles; la leche deberá ser escogida y pasteurizada y el agua para diluirla hervida, etc.; la vigilancia debe redoblarse en una familia en la que un niño ha nacido con afecciones graves de los oídos.

En efecto, la más activa de las infecciones es todavía la que resulta de las autoinfecciones que tienen su origen en una alimentación insuficiente ó defectuosa (indigestiones frecuentes, putrefacción de los alimen-

tos); de lo que resulta enteritis, gastroenteritis aguda ó crónica; por consiguiente desnutrición extrema, autoinfección (*bacterium coli commune*), atrepsia de Parrot, etc.

El oído se altera en estas condiciones de una manera indirecta; supura fácilmente en las caquexias (parotiditis infecciosas, Karlinsky, Quinquaud, Gellé), y las diátesis desempeñan un gran papel en estos casos.

A la infección gastrointestinal debe añadirse la realizada por las vías respiratorias. En este caso, el mecanismo aparece más simple y más directo. Las rinorreas, las bronquitis, etc., son el origen de complicaciones óticas graves, en extremo frecuentes en la infancia y en la primera edad. Los oídos deben vigilarse entonces con mucho cuidado y la asepsia de las vías nasofaríngeas y bucales se realizará con el mayor empeño.

En efecto, los estreptococos, pneumococos y estafilococos son causa de las otitis y las otorreas que producen los sordo-mudos de esta segunda fase de la vida (Widal, Moos, Netter, Gradenigo).

Así, pues, sea por propagación ó á consecuencia de infección general, ambos oídos son con frecuencia interesados en esta edad por los procesos infecciosos, ora intestinales, ora de las vías de la respiración, de lo que nace la infección general.

Por último, las infecciones pueden propagarse también de la piel (heridas, impétigo, costras de leche, etc.), por el conducto al oído medio, y los cuidados de limpieza deben multiplicarse en todas las piodermias (Marfan), tan frecuentes en el niño. Es una puerta más abierta á la infección del órgano auditivo.

Ahora bien, el oído es el órgano que supura más fácilmente, como Trœltsch fué el primero en demostrarlo.

El desarrollo del peñasco y del temporal y de la apófisis mastoides, predispone hasta los seis años á las afecciones óseas graves del oído y de la mastoides, y á las determinaciones óticas de las infecciones generales; entonces el proceso evoluciona en el periostio y en el hueso.

La extraordinaria tendencia que el oído tiene á supurar en todas las caquexias y en las infecciones generales, las consecuencias de estas lesiones destructivas en la infancia, durante la lactancia, el destete y la dentición, la sordo-mudez que amenaza, la atrepsia y sus manifestaciones infecciosas extenuantes, que son tan comunes, explican el desarrollo que hemos dado á estas nociones de profilaxia precoz. Hemos querido insistir sobre el hecho de que la invasión amenazadora penetra tan lejos, porque el terreno se ha hecho propicio para el desarrollo de las bacterias é impotente para resistir las toxinas producidas; hemos querido demostrar que

podía obrarse con éxito, preparando con anticipación el organismo para la lucha.

El órgano del oído paga un pesado tributo á la patología infantil, por el olvido ó el desprecio de las leyes más sencillas de la higiene de la primera infancia.

III

Tratamiento general de las afecciones óticas agudas

Después de la profilaxia, viene el tratamiento general de las afecciones agudas del oído. Primitivas ó secundarias, benefician con la medicación interna, tanto más y más pronto cuanto más inmediato sea el comienzo de la otitis. Asociado á una acción tópica decisiva y rápida, este tratamiento ayudará verdaderamente á yugular el proceso.

El brote fluxionario puede desaparecer, será evitada la supuración y la terminación por resolución se obtendrá por el concurso de los medios generales y de las intervenciones locales.

El medicamento por excelencia de la inflamación aguda auricular es el *sulfato de quinina*. Administrado á dosis elevadas y fraccionadas (75 centigramos á 1 gramo por día), es antiflogístico y calmante anestésico; descongestiona la cabeza y calma la fiebre; también es un gran recurso en las enfermedades infecciosas.

En general, en la influenza se ha obtenido un excelente partido de la *antipirina;* en las formas otíticas, tan dolorosas, es un remedio seguro; obra á la vez contra la cefalalgia, la otalgia y la fiebre; es de fácil manejo, hasta en el niño.

El *baño templado* general es también un excelente sedante de la fiebre y del dolor local.

Desde 1879 hemos recomendado, en la otitis aguda catarral, en una Memoria leída en la Sociedad de medicina práctica de París, la infusión de 4 gramos de hojas de *jaborandi* en 125 gramos de agua.

La *pilocarpina* se prescribe en la actualidad muy comúnmente con el mismo objeto; su acción sudorífica provoca una crisis resolutiva y un descanso favorable.

En algunos adultos, los *calomelanos*, asociados al *opio*, han dado excelentes resultados á dosis fraccionadas.

En la otitis aguda reumática, el *salicilato de sosa* está muy indicado; su acción calmante es rápida; pero se le puede achacar la producción de

zumbidos de oído enervantes y una excitación sensible del cerebro. Los *bromuros*, en tal caso, obrarán mejor; la *ergotina*, sobre todo, estará indicada en este caso; una jeringa de Pravaz de ergotina Yvon, por ejemplo, una ó dos veces al día, hace bajar la fiebre y disminuye la intensidad de la hiperemia. Pero en muchos casos la *digital* y sus alcaloides dan muy buenos resultados en las otitis consecutivas de la pneumonía, de la pleuresía, de las pirexias graves, ya solos ó asociados al sulfato de quinina.

La indicación de los *opiáceos* es más restringida, pero á veces es imperiosa en las crisis de forma neurálgica, con vómitos que marcan el comienzo de ciertas otitis.

Se ha insistido mucho en recurrir á ellos en los individuos que rehusan la paracentesis timpánica.

No queremos olvidar en la defervescencia de las afecciones óticas agudas los buenos efectos de los preparados de *acónito* indicados hace mucho tiempo por Turnbull.

Hemos notado la utilidad de la antisepsia intestinal, que colocamos al mismo nivel que la de las fosas nasales y de la garganta (*calomelanos*, *benzonaftol*, *purgantes*).

En la otitis gotosa debe obrarse con energía; al tratamiento tópico se añadirá el empleo del específico reconocido, del *cólchico*, ó de la *colchicina*, tan fácil de manejar; el *salicilato de sosa*, á dosis elevadas, puede ser suficiente, si no fatiga demasiado al enfermo por los ruidos que determina; una sanguijuela cerca del meato quita á veces el dolor.

Esta terapéutica es la antigua y puede augurarse que será mejor en el porvenir.

En efecto, las bases de la terapéutica son en la actualidad profundamente cambiadas, á consecuencia de los descubrimientos de la microbiología.

Desde que la inflamación y la infección, la supuración y la infección son cosas conexas, los medios de tratamiento se han unificado, simplificado y concentrado en las formas múltiples de la antisepsia y de la asepsia, en beneficio notable de la terapéutica local.

Pero el estudio de los microbios patógenos, de sus funciones, el aislamiento de las toxinas, el conocimiento de sus actividades por la experimentación y después el descubrimiento de las propiedades bactericidas de los humores, han conducido á la seroterapia.

Los trabajos de Chauveau, Bouchard, Charrin, Roger, Buchner, Richet y Héricourt, Behring, Beumer, Peiper, Roux y Chamberland, Duclaux, Katz, Baginsky, Ehrlich, Kössel, Flügge, Gamaleïa, Foa, Grohmann,

Fodor, Nissen, Chantemesse, etc., etc., han establecido las bases de la doctrina actual de la inmunización, de las vacunas y de la seroterapia.

El médico aurista ha seguido con atención el magnífico desarrollo de esta ciencia bacteriológica experimental.

Indudablemente se acerca el momento en que poseeremos el suero capaz de combatir y destruir las infecciones estreptocócicas, estafilocócicas, pneumocócicas, etc., etc., y los demás microbios patógenos conocidos.

De los trabajos más recientes, sobre todo, de los de Bouchard y de Charrin, resulta que las funciones biológicas y el desarrollo de las bacterias, así como sus productos ó toxinas, están profundamente modificados é influídos, atenuados ó suprimidos por el medio de cultivo y por el estado del sistema nervioso del individuo. Las reacciones de la economía y el vigor de la constitución luchan con ventaja contra la infección y contra la intoxicación microbianas.

Desde luego se comprende la utilidad de los medios terapéuticos capaces de levantar las fuerzas, de convertir el medio orgánico en mal terreno de cultivo, y hacerlo refractario á las actividades enemigas y, por último, de acrecentar el fagocitismo y lograr la inmunidad.

Las enfermedades infecciosas del oído son demasiado numerosas para que estas nociones pueda olvidarlas el médico aurista.

IV

Tratamiento de las afecciones crónicas

Entre las afecciones crónicas auriculares se presenta desde luego un tipo clínico bien marcado, el más generalizado y más popular: la otorrea.

A.—OTORREA

A.—En la otorrea, además de las condiciones locales evidentes cuyo tratamiento corresponde al especialista, y que sostienen la supuración, no puede rechazarse la acción de causas generales, que crean mayor receptividad al organismo para la infección; es un modo inferior de vitalidad de éste, ya primitivo, predisponente, ó consecutivo y nacido de la misma infección por la actividad de sus toxinas.

El tratamiento local destruye las colonias y el suelo patológico en el que se multiplican; los antisépticos detienen é impiden su evolución y las

secreciones toxínicas, además de que crean un medio de cultivo desfavorable.

El tratamiento general, mucho menos activo, tiene por misión hacer los humores bactericidas y aumentar las fuerzas vitales.

La higiene y la terapéutica combinarán sus esfuerzos para asegurar el triunfo de la defensa.

B.—En ninguna parte esta subordinación de la afección local á una causa general es tan evidente como en la *otorrea sifilítica;* en efecto, se ve que ésta resiste los más hábiles cuidados tópicos y cede rápida y totalmente con los medicamentos específicos, una vez se ha sospechado el origen del mal. La otorrea heredosifilítica exige además la adición de cuidados generales: lactancia prolongada, régimen reconstituyente, los tónicos, después las curas de aguas minerales, salinas, cloruradosódicas ó arsenicales y sulfurosas *(la Bourboule, Challes, Brides, Acqui, Amélie, Barèges, Kreutznach,* etc.). Estas curas termales tienen el defecto de despertar á veces la otorrea; hay que vigilar su acción excitante.

En general, deben prohibirse los baños de mar en la otorrea; el clima marítimo no va muy bien desde este punto de vista, aunque el estado general de los enfermos mejore ostensiblemente.

C.—*Otorrea diabética.*—La notable influencia de las alteraciones del medio orgánico en las infecciones é intoxicaciones microbianas, aparece también evidentemente en la otorrea de los diabéticos; en las constituciones debilitadas, en los períodos de agotamiento y de la autofagia, son posibles las infecciones bacterianas. A los agentes de la supuración pueden añadirse el bacilo del colon, el de la gangrena gaseosa, los productores de la mortificación rápida de los tejidos; cualquier traumatismo ó choque nervioso puede poner en evidencia estas funciones bacterianas temibles y la actividad de sus toxinas.

Se tratará enérgicamente la glucosuria administrando cada quince días, consecutivamente al régimen de Bouchardat, la *antipirina* (2 gramos), el *sulfato de quinina* (30 centigramos) ó el *bromuro de potasio.* La sobrealimentación es de suma utilidad y el alcohol y el vino deben tomarse con abundancia.

El campo y el ejercicio al aire libre son las condiciones necesarias para la curación.

D.—*Otorrea gotosa.*—En los gotosos, hijos de gotosos, las otorreas consecutivas á las pirexias, etc., de la infancia son graves é interminables. Al tratamiento local se añadirá, según los casos, los tónicos, la higiene y raras veces la medicación específica (*colchicina*), á no ser en las crisis agudas.

En los degenerados de la diátesis, deberá aconsejarse la cura sulfurosa ó salina (*Kreutznach*, *Salins*, *Brides*) mejor que las termas de *Vichy*, *Karlsbad*, etc. En cambio, deberán recomendarse estas últimas en las otorreas de los adultos y de los viejos, debidas á dermitis, á seborreas secas ó húmedas de origen artrítico.

La medicación *arsenical* está recomendada en todos estos casos (aguas naturales ó preparados farmacéuticos). No hay que repetir que los catarros nasofaríngeos y los flujos mucosos concomitantes se tratarán al mismo tiempo que se aseptizarán las superficies cutáneas perióticas.

E.—*Otorrea tuberculosa.*—La otorrea es frecuente en los tuberculosos; la tendencia ulcerativa y destructiva de estas lesiones demuestra bastante la decadencia orgánica de las fuerzas del organismo y cuán indicada está una terapéutica reconstituyente. Sabidas son las numerosas medicaciones con que se combate la tuberculosis; los *glicerofosfatos*, el *aceite de hígado de bacalao*, la sobrealimentación, la carne cruda; después la vida en el campo, en una estación elevada (*Saint-Moritz*, *Ragatz*, *Davos*, etc.); las aguas de *Mont-Dore* y de *la Bourboule*, en Francia, así como las *cloruradosódicas* y *cálcicas*, las *sulfurosas* ligeras, las *salinas* y las *arsenicales* de todos los países, según la forma de la evolución morbosa, excitable ó tórpida.

Citemos, sin embargo, la posible aparición de una otorrea después de una cura en los valles elevados, en Davos, por ejemplo, ó después de una temporada en Mont-Dore (Gellé).

¿Dará la *seroterapia* algunos resultados?

Es la terapéutica del porvenir.

F.—La *otorrea* en los *niños de pecho* puede ser tuberculosa ó heredosifilítica; el conocimiento del estado de los padres sirve de guía en el primer caso; la resistencia á los cuidados tópicos conduce á ensayar el tratamiento específico en el segundo; en tal caso va seguido de mejoría rápida y decisiva.

Pero muchas veces debe reconocerse en el mal estado de salud, en el agotamiento de la madre, en la lactancia insuficiente ó tóxica, la causa del sostenimiento del flujo; se cambia de nodriza y las costras del pabellón, la seborrea del conducto y el flujo puriforme tan tenaces desaparecen pronto; hemos hablado ya de los cuidados higiénicos de la lactancia artificial y de los efectos preventivos de una buena alimentación en esta edad.

G.—*Otorrea escrofulosa.*—Por otra parte, en los niños escrofulosos en los que lá otorrea se complica de infartos ganglionares y de catarros rinofaríngeos, con ó sin vegetaciones adenoides, la medicación interna

viene favorablemente en auxilio del tratamiento tópico fundamental de la mucosa y del oído.

Los *ferruginosos*, el *arseniato de sosa* unido ó mezclado con el *vino de quina*, los *amargos*, los *glicerofosfatos*, el *aceite de hígado de bacalao;* después el campo, las aguas minerales salinas (*Kreutznach*, *Ischl*, *Brides*, *Salins*); las cloruradosódicas (*la Bourboule*, *Uriage*, *Saint-Moritz*, *Saint-Gervais*); las ferruginosas, las arsenicales (*Mont-Dore*), las sulfurosas (*Acqui*, *Challes*, *Saint-Honoré*, *Allevard*, *Cauterets*, etc.) cumplen muy bien la indicación de reforzar al organismo.

Debemos añadir que en las estaciones termales no puede aplicarse ningún tratamiento tópico importante á los niños, á no ser que se conozca bien el estado de la lesión auricular y los procedimientos de otiatría.

H.—*Otorrea de las nodrizas.*—No se aconsejará la lactancia ó se suprimirá rápidamente en las mujeres otorreicas; algunas ven reaparecer el flujo en cada embarazo.

La lactancia agrava la enfermedad ótica, provoca la infección y complicaciones graves; de todos modos es causa de su persistencia por el agotamiento consecutivo.

B.—OTITIS CRÓNICA

Se trata de otro tipo clínico: la otitis crónica, tan frecuente como la otorrea.

Desde el punto de vista terapéutico, bajo su aparente unidad, la otitis crónica comprende varias modalidades patológicas y sintomáticas bien deslindadas, que forman otros tantos tipos especiales, cada uno de los cuales requiere indicaciones especiales.

Los describiremos rápidamente.

Desde luego la cronicidad se explica por las reapariciones y as recrudescencias de los estados fluxionarios, secretorios, etc., anteriores; estos brotes estacionales, consecutivos á afecciones recidivantes de la nariz, de la garganta ó de otras partes, deben cuidarse como un estado peragudo, y las crisis se atenuarán ó se evitarán con un tratamiento general y una higiene profiláctica.

La dietética, las aguas termales, la profesión y el clima se elegirán con cuidado según los individuos y los síntomas que presenten.

Los *yódicos*, los *arsenicales*, las aguas *laxantes*, el ejercicio, etc., lucharán contra los hábitos congestivos.

La *hidroterapia* podrá combatir ventajosamente la predisposición á

los catarros de las primeras vías. Las aguas termales *sulfurosas*, *salinas* y *cloruradas* son todas excelentes desde este punto de vista.

En el período plástico, los *baños de vapor* ó la *estufa seca* activan la resolución en los individuos fuertes y en los artríticos; en los convalecientes las aguas ferruginosas (*Spa*, *Bussang*), las yódicas (*Challes*) y las arsenicales (*Mont-Dore*, *la Bourboule*) estan indicadas; en los debilitados, las salinas fuertes (*Kreutznach*, *Ischl*), y las duchas sulfurosas calientes (*Aix*, *Bagnères*, etc.).

En los individuos sanguíneos, congestivos, se evitarán las curas termales; los baños calientes muchas veces agravan la sordera; se han observado sorderas súbitas en el baño caliente (Gellé). En los neurasténicos, las *duchas frías* rápidas en general son excelentes; en los sifilíticos, *Aulus* y *Barèges;* en los reumáticos excitables, *Vichy*, *Néris*, *Dax*, *Saint-Sauveur* cumplen bien la indicación.

El mar está absolutamente prohibido en el período preescleroso.

C.—OTALGIA

Algunos tipos de otitis crónica se distinguen por el predominio de un signo.

La otalgia, la neuralgia ótica, aun sostenida por una lesión, cura rápidamente, ya con el tratamiento específico (mercurial sobre todo), exóstosis timpánica, accidente secundario, etc., bien por los *ferruginosos*, los *tónicos*, el *arseniato de sosa* en los anémicos; en todos el *sulfato de quinina* solo ó asociado al *acónito* es radical, y con mayor razón si hay paludismo.

Las crisis tabéticas se alivian con el *salicilato de sosa;* en los histéricos, los neurasténicos y los agotados, ceden con las *duchas frías.*

En la esclerosis, éstas tienen un efecto calmante, sedante sin igual, sea cual fuere la edad del individuo; al principio hay que graduar hábilmente la temperatura.

D.—VÉRTIGOS

Otro tipo clínico: el *vértigo* caracteriza suficientemente ciertas formas de otitis; unas veces es producido por una compresión secundaria del laberinto ó por lesiones del mismo; otras es un reflejo, un trastorno simpático, con lesión ótica ó sin ella; más adelante hablaremos del tratamiento de las lesiones locales.

Si el paciente es pletórico, algunas *sanguijuelas* en el ano lo aliviarán pronto; lo mismo sucederá con un *purgante* enérgico si es hemorroidario.

De unos quince años á esta parte hemos tratado más de 500 casos de vértigo auricular. El *sulfato de quinina* es, á nuestro entender, el medicamento de elección en el vértigo auricular; se prescribe á la dosis de 60 á 80 centigramos diarios durante diez ó doce días. Lo prescriben, según Charcot, todos los autores; pero no cumple todas las indicaciones, como vamos á ver. Algunos individuos no pueden soportar el aumento de los ruidos y más raras veces los vértigos que causa; con el objeto de disminuirlos se ha recomendado la *ergotina*. Puede darse un calmante por la noche, y sobre todo debe insistirse con convicción en la necesidad de soportar estos inconvenientes de un tratamiento útil y á veces heroico. Después de un descanso de diez días, se prescribirá una segunda y una tercera serie, forzando poco á poco la dosis si es necesario.

Recientemente se han obtenido buenos resultados con el empleo de la *pilocarpina*, sobre todo al principio de la afección; es la medicación del síntoma, como la quinina. Se practican inyecciones hipodérmicas de *nitrato de pilocarpina* (en general se empieza por II gotas de la solución al 1 por 100 y se aumenta gradualmente según el efecto y la tolerancia del individuo) (Politzer Böke, Field, Corradi, Virmonsky Mackensie, C. Baber, Gellé, Lermoyez, etc.).

Se han obtenido algunos éxitos con la *trinitrina* en los anémicos y los arterioesclerósicos y en los neurasténicos (Régis, Grasset, V á X gotas de la solución al 1 por 100). La *picrotoxina* ha dado igualmente buenos resultados; muchas veces es provechoso el recomendar líquidos aromáticos, análogos al *elixir de Garus*, cuya acción es compleja, nervina y estomática (*árnica*, *menta*, *melisa*, *vainilla*, etc.).

La gastralgia, las dispepsias, los más pequeños trastornos digestivos, la neumatosis y la plétora abdominal sostienen y provocan los vértigos de Menière en los individuos predispuestos por la existencia de una lesión ótica; en los que tienen trastornos circulatorios, sean ó no congestivos desde que el estómago recibe los alimentos (trastornos reflejos, vasomotores). La afección laberíntica se manifiesta en el momento de los vértigos, por trastornos del estómago paradójicos (vómitos, náuseas, etc.). Hay, pues, relaciones íntimas; por esto se suprimen ó calman los vértigos mejorando los estados enfermos del estómago por la dieta, el régimen apropiado, una higiene severa, etc. Como la cabeza, el oído puede sufrir por el estómago. Así es como *Vichy*, *Pougues* y *Alet* alivian á los vertiginosos atacados de esclerosis auricular.

De mucho tiempo el *bromuro de potasio*, este calmante de los reflejos, ha demostrado sus efectos en la cura del vértigo ótico. Lo mismo sucede con los *yoduros*, que excitan la circulación y responden á indicaciones opuestas. La *peletierina* y la *santonina* tienen también su indicación.

La permanencia en el campo calma mucho á los vertiginosos; el descanso lejos de los negocios, la calma, el sueño regularizado, la supresión de todo trabajo intelectual son condiciones indispensables á veces para obtener buen resultado; deben evitarse las vigilias, las fatigas y los disgustos é inquietudes.

El vértigo de Menière, prodrómico ó no de la tabes, es variable; pero se resiste á todo y dura años.

El vértigo sintomático de la hemorragia laberíntica cesa por sí mismo en algunas semanas, y más rápidamente con los antiflogísticos inmediatos y después con el yoduro, etc. La pilocarpina da resultados al principio. En los alcohólicos, el *régimen lácteo* obra con notable rapidez así que se suprime el tóxico.

Por otra parte, la otitis gripal, supurada ó no, deja como consecuencia un estado de resentimiento doloroso y de excitabilidad del aparato laberíntico, como vibraciones, ruido de palabras, desvanecimiento, aturdimiento y hace palidecer al paciente. Estos estados ansiosos, vertiginosos, de debilidad irritable, explicados por una hiperexcitabilidad de los nervios de las ampollas laberínticas y de los centros reflejos, se alivian mucho con las *duchas frías*; desde la influenza nos hemos convencido de sus buenos resultados.

La hiperestesia laberíntica puede ser sostenida por trastornos de la circulación local ó cefálica, que dan lugar á la congestión de la cabeza, ó al contrario, á la anemia (cardíacos, albuminuria); además, pueden sostenerla por las toxinas urémicas ó de otra naturaleza, por ejemplo, las de la tifoidea en sus comienzos.

Las uterinas tienen con frecuencia vértigo con una lesión ótica unilateral, esclerosa, y signos de laberintismo; el tratamiento de la afección genital (*Brides, Salins*) es indispensable para la cura; el *sulfato de quinina* y las *duchas frías* obran en estos casos de un modo maravilloso (*Bourbonne-les-Bains, Néris, Spa, Luxeuil*). Del mismo modo en los debilitados, después de las pérdidas, las diarreas, la disentería, etc., y las grandes privaciones, la afección ótica, reciente ó antigua, toma frecuentemente una forma vertiginosa; ésta cederá con las inyecciones de *cafeína* y se modificará por medio de las inyecciones hipodérmicas de *aceite alcanforado* al 1 por 10 (una jeringa de Pravaz una ó dos veces al día), por los

tónicos y reconstituyentes. Pueden ensayarse las inspiraciones de *éter* ó de *nitrito de amilo*. En las artríticas, el vértigo es frecuente en la época de la menopausia, ya de origen congestivo, ya espasmódico y neurasténico; una depleción (*drástico*, *Châtel-Guyon*) da resultado en el primer caso, auxiliado con la *leche* y el régimen; y las *duchas frías*, los tónicos, etc., son útiles en el otro, con una vida tranquila y el aire de las montañas (*Ragatz*).—Durante las crisis de vértigo y después de ellas, la lesión esclerosa auricular continúa siendo la misma; no hay más que un estado de hiperexcitabilidad laberíntica añadida, contra la que puede obrar la terapéutica general.

El médico empleará, pues, todo el arsenal de las prescripciones clásicas indicadas en las neurosis (*estricnina*, *arsenicales*, reconstituyentes, duchas frías graduadas, etc.); en efecto, se trata de una neurosis laberíntica que reclama una terapéutica general activa.

E. — ZUMBIDOS

Los sordos que se quejan de ruidos subjetivos, de retintín, forman un tipo clásico frecuente, igualmente muy caracterizado, siendo los zumbidos más molestos que la sordera. ¿Quién se atrevería á afirmar que el tratamiento local basta para curarlos? Su origen es una hiperestesia adquirida del nervio laberíntico, rama sensorial. Este estado persiste después de la otitis; en la otitis crónica, la esclerosis se manifiesta por la influencia de nuevos brotes, de las lesiones de proximidad, y por último, por los actos reflejos, cuyo punto de partida es más general en la economía. La esclerosis ótica es fija; los ruidos son de lo más variable; reconocen, pues, otras causas además de ésta, que constituye la predisposición.

Encontramos también las divisiones y las indicaciones especiales de los diversos elementos etiológicos reconocidos. El zumbido está relacionado con un estado congestivo, pasivo en la arterioesclerosis y en las afecciones cardíacas, aliviándose con la *dieta láctea* y el *yoduro de sodio*, ó con un estado de hipotensión arterial debido á la disminución de las fuerzas del corazón, y se tratará y curará con la *leche* y la *kola*, la *estricnina*, la *cafeína*, etc.

La anemia de los albuminúricos, de los convalecientes, de los debilitados, necesita los tónicos, los reconstituyentes, las aguas *ferruginosas* y si es preciso las *inyecciones de suero artificial*. Las neuropatías reclaman las aguas *arsenicales*, las aguas sedantes de *Néris*, *Dax;* los climas templados de los valles agradables *(Grasse)*, y en los menos excitables las

cloruradosódicas débiles, calientes, las termales simples ó las ferruginosas (*Spa*, *Franzensbad*, *Lamalou*, *Caprern*, *Bagnères-de-Bigorre*, *Baden*, *Tœplitz*).

Las aguas sulfurosas de *Challes*, *Barèges*, *Luchon* y *Cauterets*, los baños yodados de *Hall* y las aguas salinas fuertes de *Salies*, *Kreutznach* é *Ischl*, están indicadas en las afecciones de las mucosas nasofaríngeas, y deben reservarse para las formas tórpidas, para las naturalezas más tranquilas y menos enervadas.

En la esclerosis, el *mar* alivia ciertos zumbidos insoportables, como lo hacen las duchas frías, hasta en los diabéticos. En las afecciones del estómago de naturaleza gotosa ó artrítica, el retintín tan persistente disminuye por la acción de un régimen apropiado, severo; se ayudará á la cura con las aguas de *Vichy*, *Cusset*, *Alet*, *Boulou* ó *Karlsbad;* mientras que las aguas de *Cransac*, *Balaruc*, *Marienbad*, *Pullna*, *Montmirail* y *Châtel-Guyon* darán buen resultado en los pletóricos sedentarios, los hemorroidarios y los congestivos.

Entre la medicación interna empleada contra los zumbidos tenaces, citaremos: la *hiosciamina* por la noche, el *bromuro de estroncio* como vasoconstrictor, el *cloral* como somnífero, la *cannabina* en las gastralgias con aumento de los ruidos después de las comidas, las *sales de Vichy* ó de *Karlsbad* en las dispepsias con congestión cefálica.

Se imponen la supresión del café, del te, de las bebidas alcohólicas y la suspensión de las vigilias, de los trabajos mentales y de los negocios.

Los ruidos subjetivos relacionados con ciertas neuralgias ó hiperestesias de origen palúdico, dental ó anémico, se suprimirán fácilmente por el *sulfato de quinina* á dosis elevada asociado á la *aconitina;* calmando el elemento dolor, se suprimen también los espasmos musculares y los ruidos que de ellos resultan.

En la defervescencia de la otitis, la *ergotina* calma descongestionando el oído; y las corrientes inducidas, igualando las fuerzas musculares antagonistas. Por otra parte, el tratamiento *específico* es siempre muy activo en la esclerosis de origen heredosifilítico, como en la sífilis adquirida (Gruber).

Muchas veces el ruido persiste ó reaparece con tenacidad, sobre todo en los neuropáticos. El eretismo, el oído doloroso, los latidos, el estado mental, que acompañan con tanta frecuencia al retintín crónico, mejoran notablemente por la permanencia en el campo, por las *duchas frías* y por el *bromuro de potasio*, el *peptohierro* y la *esparteína*. La *acetanilida* y la *antipirina* calman mejor la hiperexcitabilidad de ciertos individuos

(Cazeneuve, L. Cuinier); pero el sulfato de quinina es bastante mal tolerado, siendo entonces preferibles los hipnóticos. Se añadirá siempre un régimen reconstituyente (peptonas, carne cruda rayada, *glicerofosfatos*, *estricnina*, *ferruginosos*, etc.).

Por último, algunos ruidos sólo ceden por la permanencia en un clima caliente, seco, al abrigo de los vientos, en un valle silencioso (*Grasse, Néris, Dax, Venecia, lago de Como, Biskra, Gastein*). El *masaje* es uno de los mejores medios reconstituyentes, utilizándose ventajosamente en los retintines más rebeldes, asociado al masaje auricular. El masaje ha sido útil en diversos estados vertiginosos y en los zumbidos, habiéndolo recomendado en los neurasténicos y los debilitados, Charcot, Van-Lair y Craicth; G. Nostr m practica el masaje en la nuca y sobre todo en las sienes; estos son los puntos que Urbantschitsch ha tocado por su masaje vibratorio; es un calmante de los ruidos y de las neuralgias.

El *régimen* tiene á veces una influencia decisiva y rápida: el régimen lácteo en los etílicos, en los comilones y los bebedores; en otros ha dado resultado la abstinencia de carnes negras ó rojas, ó la dieta seca y legumista.

Los ejercicios corporales, la marcha al aire libre, en el campo, la jardinería, el caballo, la bicicleta, etc., combaten los efectos de la vida sedentaria y de la plétora.

Los viajes en ferrocarril aumentan los retintines.

F. — SORDERA

Trátase ahora del tipo clínico en el que domina la sordera. Esta tiene sus grados y sus formas. Las meiopragias auditivas, simples trastornos funcionales, dependen muchas veces de enfermedades de órganos lejanos, exista ó no lesión ótica (meiopragias auditivas reflejas); hemos dicho ya todo lo que es útil conocer, con motivo de los ruidos, de los vértigos y de su patogenia.

El pronóstico varía según se trate de una simple meionacusia (debilitación ligera del oído) ó de una disacusia (grado más pronunciado), ó de una sordera total.

El tratamiento médico de la sordera varía según la etiología que se le reconozca; no podemos repetir las indicaciones ya citadas y los tratamientos adoptados, tales como pueden leerse en los capítulos precedentes; evitaremos, pues, estas repeticiones.

La antigüedad de la afección ótica es la condición más grave, sea la que fuere la edad del individuo.

En general, el médico aurista es consultado tardíamente y las lesiones antiguas, fijas, han transformado completamente el órgano auditivo.

La sordera es el final del drama cuyo teatro ha sido los oídos; los ruidos y los vértigos son muchas veces los elementos del prólogo, llegando el aurista cuando ya se ha representado la pieza.

No repetiremos aquí todo lo que contienen los capítulos siguientes sobre la terapéutica general de la sordera; se presentan las mismas indicaciones paralelas á las del ruido subjetivo y del vértigo auricular, consecutivos ó reflejos. Daremos algunos consejos de terapéutica sintomática.

Si no hay más que sordera, sin ruido ni vértigos, y sin excitación sensorial de ninguna clase, se obtendrán buenos resultados con el empleo de la *estricnina* á dosis rápidamente crecientes, la *kola*, el *café* y la *cafeína*, el *te*, y se recomendará el uso prudente y cuidadoso de las inhalaciones de *éter*, de *cloroformo* y de *éter bromhídrico* para despertar la sensibilidad del acústico. Con el mismo objeto se prescribirán pequeñas dosis de *sulfato de quinina*, de vino de Champagne y de *elixir de Garus*.

Se recordará que los ruidos intensos estimulan los centros auditivos y se ensayará la trepidación, ruidos rítmicos, etc., musicales; el calor y los países calientes mejoran también la audición.

No se olvidará la importancia de los reflejos gástricos y la posibilidad de ver disminuir la audición desde el primer día de una cura en *Vichy*. Por último, si es necesario, no se dejará de aumentar las fuerzas del enfermo por medio de inyecciones de *suero artificial*.

No podemos dejar de mencionar la aplicación de la *sugestión* y del *hipnotismo* en el tratamiento de la sordera. Evidentemente ciertas sorderas, y mejor algunas hiperestesias sensoriales, parece que son susceptibles de mejorarse por estas prácticas. Pero los resultados son muy limitados, y su aplicación queda reservada á las neurosis, á la neurastenia y al histerismo. No participamos, y con razón, del entusiasmo de Braid sobre el valor de este tratamiento. Sin embargo, en definitiva, la audición tiene lugar con el cerebro; por tanto, todo modificador del sistema nervioso es susceptible de obrar sobre el oído.

V

De la aeroterapia.—Baños de aire comprimido

El oído medio es una celdilla aérea como las celdillas pulmonares; se abre por la acción del aire ambiente en cada movimiento de deglución, si las trompas están bien permeables. Puede ensayarse la acción del aire com-

primido sobre la mucosa de la caja y de sus órganos movibles (tímpano, huesecillos y ventanas laberínticas) en ciertas otitis crónicas con ruidos subjetivos y vértigos (Pravaz). La mejor condición de la oportunidad de estos baños de aire comprimido, es la fácil ventilación por las trompas libres. El paciente, desde la entrada hasta la salida de la campana, deberá ejecutar movimientos de deglución para restablecer el equilibrio de presión en las dos caras, interna y externa, de la membrana del tímpano, sin lo cual sufriría intensos dolores de oído, que denotarían la compresión del órgano. Sabido es que estos baños de aire comprimido se soportan fácilmente por el oído (Hartmann); obran sobre la nutrición y sobre la circulación, estimulan la hematosis, enflaquecen á los obesos y mejoran la disnea de los enfisematosos. En esta clase de individuos es en los que los baños pueden aliviarles los ruidos y los vértigos, y á veces la audición beneficia con esta cura de aire.

La ducha de aire de Politzer y la ventilación con el catéter, son ciertamente muy superiores á este tratamiento; pero, como hemos dicho, tiene varias indicaciones, cuyo cumplimiento será siempre más beneficioso para ciertos individuos.

Los procedimientos de la pneumoterapia, inaugurados por Hanke é introducidos en Francia por Labadie-Lagrave (1874), también podrían dar buenos resultados; su aplicación es sencilla y evita la permanencia dentro de una campana; el aire comprimido llega directamente á la boca, y el otólogo puede adaptar el tubo adductor á la nariz y abrir la corriente á cada deglución del paciente, tal como se verificaría en la ventilación de la caja por medio del aire comprimido; no creemos que sea útil el empleo del aire enrarecido, pues obtenemos el efecto suficiente haciendo deglutir al enfermo, con la nariz cerrada, después de cada inyección de aire.

Verdaderamente la ducha de Politzer es más práctica y el masaje del tímpano más activo.

VI

Electricidad.—Corrientes inducidas, continuas, sinusoidales.—El «transporte» por las corrientes débiles.

(Descubrimiento de Gellé)

La terapéutica general de las afecciones auricu'ares cuenta, además, con un poderoso modificador: la electricidad.

A propósito del tratamiento de las otitis agudas y crónicas, veremos en qué estado de atrofia, de semiparesia se ven reducidos, á consecuencia

de ellas, los músculos timpánicos y tubárico. En la convalecencia de las otitis agudas, será bueno el empleo de las corrientes inducidas ó continuas, prudentemente graduadas, para tonificar los músculos, y de este modo restablecer las tensiones indispensables y los antagonismos necesarios para la elasticidad del aparato de transmisión. Según nuestro modo de ver, no se insiste bastante sobre la importancia de esta práctica después de estas enfermedades; se olvida que las otitis se complican fácilmente, y con más frecuencia de lo que se dice, de paresia, de parálisis faciales y de contracturas reflejas; la mejoría rápida en las funciones del oído que se observa en los convalecientes de otitis que se han tratado por las corrientes, demuestra bastante su actividad.

El oído doloroso, los espasmos del tensor, causas de ruidos subjetivos ó de vértigos, se corrigen también con estas aplicaciones moderadas (2 ó 3 miliamperios). En la esclerosis secundaria, los estímulos vasculares y las hiperemias producidas de este modo, modifican la nutrición y dan buenos resultados.

Por otra parte, Arsonval ha demostrado que las *corrientes sinusoidales* (aparatos magnetofarádicos) excitan el músculo, pero no el nervio, y no provocan dolor, lo que es de mucha importancia para la aplicación práctica. En forma de *baños eléctricos* más ó menos prolongados, sobre un taburete aislador, ó de chispas, de soplo, etc., puede obtenerse con el empleo de la electricidad estática en las neurosis, los debilitados irritables, en los casos de hiperestesia laberíntica, un alivio apreciable de los ruidos, vértigos, otalgia, etc. (Arthuis, Vigouroux). En los sordos hemianestésicos, la acción de las corrientes eléctricas débiles se manifiesta por el fenómeno conocido del *transporte*, es decir, que la audición aumenta del lado sordo y se debilita proporcionalmente del lado sano. Este fenómeno fué descubierto por Gellé (1876). Finalmente, por medio de la autoinducción producida por las *corrientes de alta frecuencia*, cuya tolerancia es tan notable, según ha demostrado Arsonval, puede obrarse sobre la nutrición general, sobre la asimilación y los cambios orgánicos, y sobre las funciones más íntimas de la economía. Aplicadas al órgano del oído, estos sacudimientos ó trepidaciones tan frecuentes de las corrientes alternativas, tendrían, sin duda, una acción curativa, sedante, cuando menos en las hiperestesias auditivas. Ciertamente, son recursos terapéuticos que no deben descuidarse por el médico aurista. Sin embargo, los resultados distan mucho de corresponder á las aplicaciones prolongadas durante tanto tiempo como exige este tratamiento: sin duda se aplica demasiado tarde.

VII

Ejercicios acústicos

Por esta ojeada sobre la terapéutica general de las afecciones del oído, puede juzgarse cuán útil, necesaria y á veces indispensable es para la curación de los diversos trastornos auditivos.

Local ó general, la terapéutica tiende á venir en auxilio de la «naturaleza medicatriz».

El niño relegado en casa de la nodriza, en la soledad, aprende á hablar tardíamente; el de las ciudades le es siempre superior en esto como en otras manifestaciones intelectuales.

El niño que deja de oir claramente la palabra, ya no aprende más y olvida lo que sabía si no tiene más de ocho á diez años y mucho más pronto si no es inteligente.

El sordo adulto inteligente no olvida la palabra.

Por consiguiente, en los jóvenes sordos hay que cultivar y conservar todo lo posible la audición, cultivar el sentido del oído por todos los medios poniendo en acción todos los recursos. No se trata aquí de proceder á la educación de los sordo-mudos, pero digamos desde luego que hay que utilizar todo vestigio reconocido de sensibilidad acústica y esforzarse en desarrollar sus energías.

Nuestros establecimientos de sordo-mudos con demasiada frecuencia excluyen sistemáticamente el empleo de las funciones auditivas para la educación. Itard y sus «ejercicios metódicos» están del todo olvidados. Pero Urbantschitsch acaba de demostrar, por medio de observaciones, cuán equivocadamente se ha descuidado esta vía de comunicación con el sordo. Por medio de ejercicios graduados adaptados á las susceptibilidades individuales y que exigen del médico todavía más abnegación y paciencia que ciencia, ha podido desarrollar la receptividad acústica de individuos abandonados. Ha llegado á restablecer en parte la función, á ser útil de un modo evidente en los casos desesperados.

Este método, nacido en Francia, de vuelta del extranjero va indudablemente á ser objeto de nuevos estudios en su país de origen.

Como Itard, Graham Hill y Gordon Clarke, Urbantschitsch va de lo simple á lo compuesto, empieza por la emisión de una vocal (A y E); ensaya la audición pacientemente, busca la que es percibida y la intensidad necesaria para la percepción; después pasa á otra vocal, refuerza el

sonido con las dos manos reunidas en forma de bocina delante de la oreja del sordo y no emplea aparatos conductores ni de refuerzo. La armónica le sirve para obtener mayor intensidad y duración, sin agotar las fuerzas del educador. La impresión bitonal á veces es útil para despertar la sensación. En suma, no hay que desesperar de los peores sordos, puesto que, de cien alumnos de la Escuela de sordo-mudos de Viena, sólo tres se han reconocido absolutamente sordos.

Ahora se comprende por qué el estudio de la terapéutica de las enfermedades del oído, aunque forzosamente sea especialista, debe comprender una enseñanza enciclopédica, es decir, abrazar á la vez las nociones médicas especiales y generales, á fin de contrabalancear la especialización necesaria por el contrapeso de consideraciones generales nacidas de las relaciones de la patología auricular con el conjunto de la patología general.

CAPITULO III

TRATAMIENTO DE LAS DEFORMIDADES Y VICIOS DE CONFORMACIÓN DEL PABELLÓN DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. J. A. MASIP

El pabellón y el conducto auditivo externo pueden presentar vicios de conformación y suspensiones de desarrollo con el oído interno normal; puede encontrarse también la suspensión de desarrollo del laberinto con los oídos externo y medio normales.

Los *vicios de conformación* del pabellón se observan con relativa frecuencia. Son congénitos ó adquiridos.

I

Deformidades adquiridas

Las *deformidades adquiridas* son debidas á cicatrices viciosas consecutivas á heridas ó quemaduras. Por consiguiente, para evitarlas deberá dirigirse la cicatrización, vigilarla, conservar abierto el conducto auditivo externo por medio de un tubo de caucho y procurar mantener el pabellón algo separado del cráneo.

Si el otólogo ha sido llamado demasiado tarde, podrá corregirse la deformidad producida por medio de una operación autoplástica, inspirada por el estado de las partes que han de separarse.

II

Deformidades congénitas

Las *deformidades congénitas* del pabellón (falta completa, dimensión excesiva, pabellones supernumerarios) no producen jamás trastornos de la audición suficientes para justificar una intervención; pero muchas veces el interesado es el que la reclama con un fin puramente estético. Entonces podrá escindirse sin inconveniente alguno un segmento triangular de un papellón gigante ó disminuir las dimensiones de un lóbulo por una hábil resección, ó también hacer desaparecer los pabellones supernumerarios: una sutura reune los bordes de la incisión.

La amplitud anormal del conducto auditivo externo ó su duplicidad no reclaman ninguna terapéutica especial. El conducto puede faltar también totalmente, ó ser imperforado ó notablemente estrecho. Estos vicios de conformación muchas veces son congénitos, pero pueden observarse también á consecuencia de heridas ó quemaduras.

III

Obliteraciones

Las *obliteraciones* ó las estrecheces congénitas de los conductos pueden ser unilaterales ó bilaterales; dependen de una suspensión de desarrollo, de una falta de oclusión de la primera hendidura branquial; frecuentemente coexisten con otras anomalías, que radican, ya en el pabellón, ya en el oído interno ó medio (fístulas branquiales del pabellón).

En los casos de *imperforación congénita*, antes de intervenir, deberá practicarse un concienzudo examen del oído, destinado á informarnos acerca su conservación; es decir, que no podrá tratarse sino más tardíamente, cuando la edad del niño le permita contestar razonadamente las diversas cuestiones propuestas. También deberá reconocerse si existe un conducto detrás de la oclusión membranosa; esta investigación es posible por medio de la acupuntura y de la anestesia local. Y sólo cuando tengamos estos dos datos es cuando se estará autorizado para

intervenir. Se incindirá la membrana y se dilatará lenta y progresivamente el conducto por medio de la laminaria, la esponja preparada, la cuerda de tripa ó con sondas de goma.

Las estrecheces adquiridas ó congénitas serán objeto del mismo tratamiento después de la escisión del tejido cicatricial.

IV

Prolapso de las paredes

El *prolapso de las paredes* del conducto, que se observa en los viejos, puede ser causa de sordera.

Se corregirá introduciendo en el conducto un tubo de caucho de paredes resistentes, que lo mantendrá abierto, ó aconsejando el uso de un aparato metálico tubulado llamado «Abraham».

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS DEL PABELLÓN Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Heridas

Las *heridas del pabellón* son picaduras, cortes, desgarros y heridas contusas. Si las lesiones son superficiales y limitadas á la piel, en general sobreviene la curación sin deformación ni complicación alguna con un tratamiento antiséptico.

Si las lesiones son más profundas é interesan el cartílago, también se logra la curación, pero muchas veces á costa de deformación del pabellón (luchadores). Como en toda herida, después de un lavado antiséptico se suturarán los bordes y se intentará la reunión por primera intención.

Si el instrumento cortante ha desprendido una porción ó colgajo, aunque sea voluminoso, que no está sostenido más que por un delgado pedículo cutáneo, puede intentarse también la reunión inmediata de dicho colgajo con algunas probabilidades de éxito.

Se sabe también que cuando una porción del pabellón ha sido desprendida completamente, es posible, por una intervención inmediata, esperar la reunión del colgajo gracias á una antisepsia bien hecha.

El tratamiento de las *heridas contusas* no presenta nada de particular; indicaremos más adelante la conducta que debe seguirse en caso de hematoma, flemón, etc.

Las heridas del conducto interesan sobre todo la porción ósea; las

más frecuentes resultan de tentativas poco hábiles para la extracción de cuerpos extraños auriculares, ó son debidas á armas de fuego.

II

Fracturas

Las fracturas del conducto se producen con bastante frecuencia á consecuencia de un choque, de una caída sobre el mentón, en la que el cóndilo rompe su pared anterior; los fragmentos más ó menos hundidos pueden obstruir el conducto.

En este caso, se reducirá la fractura y se inmovilizará el maxilar inferior; pero la dislocación de los fragmentos no es fácil de reducir ni de mantener reducida; por esto la atresia del conducto con facilidad queda persistente. Estas reducciones no pueden realizarse sino bajo la acción del cloroformo; se dejará un tubo en el conducto de un modo permanente, para mantener la pared anterior en su sitio hasta la solidificación.

III

Quemaduras del oído externo

El objeto del tratamiento en el caso de quemaduras del pabellón ó del conducto auditivo externo consiste en calmar el dolor, impedir ó disminuir la supuración y, por último, evitar, si es posible, la oclusión del meato ó su atresia consecutivas.

Los tratamientos son numerosos; el *linimento oleocalcáreo* da buenos resultados; pero si es un buen analgésico, en cambio es muy mal antiséptico y con él las curas se eternizan. Por esto se prefiere en general las pomadas á base de vaselina ó de lanolina que contengan *salol* (2 á 4 por 30); ó *yoloformo* (2 á 4 por 30); *timol* (1 á 4 por 100); *ácido salicílico* (1 á 2 por 50); *ácido fénico* (1 por 100), que pueden hacerse más ó menos analgésicas incorporando *morfina* ó *cocaína*.

Creemos que debe darse la preferencia al *ácido pícrico* empleado según el método de Thiéry.

Si el enfermo ya ha sido curado de otra manera, por ejemplo, con

pomadas, hay que limpiar suavemente la superficie quemada con agua jabonosa templada ó agua hervida caliente; se evitará el desgarrar ó romper las flictenas y no se hará más que evacuar su contenido por medio de una punción.

Hecho esto, se aplicará sobre el pabellón y detrás del mismo varios gruesos de compresas esterilizadas empapadas en la *solución acuosa concentrada de ácido pícrico* (10 por 1000); por encima de las compresas una buena capa de algodón hidrófilo, con el único objeto de hacer de ésta una cura seca.

Para las *quemaduras del conducto*, se introducirá en éste un voluminoso tapón de algodón hidrófilo empapado en la misma solución pícrica.

Esta cura, ni tóxica ni irritante, se dejará aplicada el mayor tiempo posible, tres días y más, renovándose hasta obtener la curación.

El dolor desaparece casi instantáneamente y la epidermis se rehace con mucha mayor rapidez que con otros medios.

Si las pérdidas de substancia han sido demasiado extensas, puede favorecerse la cicatrización con el empleo de injertos epidérmicos ó dermo-epidérmicos.

Con el fin de evitar la atresia del meato auditivo externo, es bueno, si la región contigua está interesada, introducir en el conducto un grueso tubo de caucho y dejarlo permanente.

En el conducto, las quemaduras las más de las veces son causadas por líquidos cáusticos que se han introducido con un fin terapéutico (agua caliente, éter, cloroformo, amoníaco, ácido fénico) ó con mala intención (ácido sulfúrico); se tratarán como las quemaduras del pabellón (solución pícrica, etc.).

IV

Otorragias

La *otorragia* puede tener su punto de partida en el conducto auditivo externo; algunas hemorragias dependientes del histerismo no dejan otros vestigios que los coágulos adherentes á las paredes. Hay otras, bastante raras, debidas á varices del conducto, que no se observan más que en ciertos enfisematosos, cardíacos ó congestivos, sin duda después de ciertas rozaduras ó rasguños de la piel producidos por la costumbre de tocarse las orejas.

Las fungosidades y los pólipos sangran también por la acción de brotes congestivos, menstruales ó de otra naturaleza. Estos accidentes, si tienen gravedad, llaman la atención, ya sobre el estado general, ya sobre una lesión de importancia del oído medio (otorrea, pólipo, caries) (véanse estas palabras).

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS DEL OÍDO

POR

F. LUBET-BARBON

Ex interno de los hospitales de París

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

De los cuerpos extraños del oído que el médico debe tratar, unos proceden del exterior, y son los cuerpos extraños verdaderos; otros se han formado en el conducto ó en la caja, y son la acumulación de cerumen, el pus y los secuestros. Hablaremos del *cerumen*, cuya ablación ó extirpación está sometida á las mismas reglas que las de los cuerpos extraños verdaderos, cuando describamos el lavado del oído. En cuanto al pus y á los secuestros, su historia pertenece mejor al capítulo de las otitis.

Los cuerpos extraños verdaderos se han dividido en muchos grupos y subgrupos. Creemos que pueden comprenderse en dos categorías: los líquidos y los sólidos.

II

Tratamiento

A.—Los cuerpos extraños *líquidos* pueden reducirse á un solo tipo, el agua, que entra en el oído durante el baño, y una de cuyas gotas va á alojarse junto á la membrana en el seno de Meyer. En este caso basta una torunda de algodón hidrófilo puesta en el extremo de un estilete para

enjugar el fondo del conducto, guiados por la simple inspección, y hacer desaparecer de este modo la molestia que causaba la presencia del agua.

B.—Los cuerpos extraños *sólidos* pueden ser ó no vivos. Los primeros comprenden los parásitos del oído, la otomicosis, de tan difícil y larga curación; después los insectos, moscas, avispas, hormigas, etc.

El tratamiento de los cuerpos extraños vivos es el mismo que el de los cuerpos no animados; sin embargo, bueno será matar previamente el animal por medio de instilaciones de *alcohol* ó de *aceite*, para impedir que se agarre á las paredes.

1.° Cualesquiera que sean la forma, el volumen y la composición de los cuerpos extraños sólidos del oído, no hay más que un solo medio de tratamiento que sea á la vez eficaz y absolutamente inofensivo, y es la *inyección de agua templada*. No debe olvidarse además, y esto nunca lo repetiremos demasiado, que el cuerpo extraño del oído no es peligroso por sí mismo; que un cuerpo extraño puede permanecer en el oído durante meses y aun años sin producir ninguna perturbación, mientras que una intervención precoz, hecha por manos inhábiles, puede ser el punto de partida de los más graves trastornos y muchas veces también de accidentes mortales. La inyección de agua templada, por lo mismo que no puede ir seguida de ningún accidente grave, debe practicarse con exclusión de todo otro medio por los prácticos que no tienen un conocimiento perfecto del órgano del oído ó que no están suficientemente familiarizados con la especialidad.

Para obtener la salida del cuerpo extraño, la inyección debe hacerse con cierta intensidad, y casi huelga decir que las pequeñas jeringas de vidrio, tan impropiamente llamadas jeringas para el oído, no pueden tener en este caso ninguna utilidad. El mejor instrumento, según nuestra opinión, es la jeringa inglesa de caucho rojo, llamada enema, que permite graduar á voluntad la fuerza del chorro y emplear sin interrupción una gran cantidad de líquido. A falta de ella, se empleará la jeringa de hidrocele ó el irrigador común y ordinario, al cual se adaptará una cánula para el oído; en los niños, que difícilmente se someten á una completa inmovilidad, es útil proteger la cánula rígida con una embocadura de caucho blando, que permite evitar con toda seguridad toda herida del conducto.

El agua será templada, mejor un poco caliente, para disminuir las probabilidades de vértigo y de síncope, bastante frecuentes en los adultos.

Antes de dar la inyección hay que mirar el oído, y esto es un principio absoluto; se comprobará de este modo la presencia *real* del cuerpo extraño y la situación que ocupa en el conducto ó en la caja; se formará juicio en lo posible de su forma, de sus dimensiones y de su natura-

leza; por último, nos daremos cuenta del estado del conducto, que puede estar inflamado por la sola presencia del cuerpo extraño ó herido más ó menos profundamente por las tentativas de extracción forzada practicadas por manos inhábiles. Este examen es el que regulará la conducta del operador. En efecto, en los casos en que la inflamación del conducto es considerable, á veces será necesario esperar que esta inflamación haya desaparecido y se contribuirá á obtener este resultado con instilaciones de aceite caliente y lavados repetidos con agua hervida y templada.

Una de las condiciones más importantes de la inyección, consiste en la dirección que debe darse al chorro del líquido. Para esto hay que recordar que el conducto auditivo está formado de dos porciones, que se reunen en ángulo obtuso formando una concavidad ántero-inferior. Será, pues, necesario enderezar el conducto y esta condición se cumplirá suficientemente dirigiendo, por un ayudante, el pabellón de la oreja hacia arriba y atrás. De esta manera se transformará un conducto acodado en un conducto recto.

Sucede con frecuencia que una primera inyección no basta para expulsar el cuerpo extraño. A veces son necesarias dos, tres ó varias inyecciones; no hay que dejarlas ni descorazonarse. Modificando la dirección del chorro, aumentando la presión y trabajando sobre todo con obstinación y paciencia, es raro, es muy excepcional que no se obtenga el resultado apetecido.

En el intervalo de las inyecciones el médico familiarizado con la práctica de la otoscopia podrá emplear ventajosamente un estilete para intentar, guiado por la inspección visual, la movilización del cuerpo extraño. Pero esta intervención debe prohibirse rigurosamente á toda persona que no tenga más que un conocimiento imperfecto de la otoscopia y de la técnica especial.

Puede suceder, y esto se ve sobre todo en ciertos casos de cerumen duro, adherente á las paredes del conducto, que la inyección, aunque sea repetida, no baste para expulsar el cuerpo extraño. En tal caso, darán buenos resultados las instilaciones de aceite ó de agua hervida destinadas á reblandecer el cuerpo extraño. Estas instilaciones debe hacerlas el mismo médico, que terminará la cura tapando el conducto por medio de varias torundas de algodón no hidrófilo superpuestas, de manera que no se deje ninguna iniciativa al enfermo ó á los que le rodean.

Al contrario, cuando se trate de cuerpos extraños que se hinchan por la humedad (habichuelas, guisantes), se verterá en el conducto un líquido deshidratante, como el *alcohol* ó la *glicerina*, se dejará el oído en reposo,

y las más de las veces el cuerpo extraño saldrá por sí solo sin que sea necesaria otra intervención.

2.° Cuando después de varias sesiones sucesivas de inyecciones de agua templada, no se ha logrado extraer el cuerpo extraño, y cuando este cuerpo extraño es causa real de molestia ó de trastornos para el que lo lleva, hay que decidirse á echar mano de un instrumento. Si en este capítulo tratamos de los instrumentos, es para seguir la costumbre establecida en los diversos tratados clásicos. En efecto, creemos que cuando la inyección no logra extraer el cuerpo extraño, valdría más recurrir desde luego á la intervención cruenta y proceder á la ablación del cuerpo extraño por las vías artificiales, empleando la anestesia clorofórmica. De este modo se harán correr menos peligros al enfermo. De nuevo repetimos que los únicos accidentes que hay que temer no proceden del cuerpo extraño en sí; son debidos siempre al hecho de que el cuerpo extraño ha sido empujado al fondo del conducto y hasta á la caja á través de una perforación de la membrana producido por maniobras mal dirigidas ó inexpertas. Además del mismo médico, el que está más cerca, un vecino complaciente, hace ordinariamente de operador, y por desgracia existen demasiados ejemplos de accidentes graves y de muerte imputables tan sólo á una increíble é inconsciente brutalidad.

De los instrumentos más generalmente empleados son dos los principales: el *gancho* y la *pinza*. Preferimos con mucho el primero, gracias al que con frecuencia es fácil extraer cuerpos extraños que la inyección no ha podido expulsar. Para servirse del gancho sin peligro, hay que insinuarlo con precaución y de plano en el espacio que queda libre entre la pared del conducto y el cuerpo extraño; cuando el extremo curvo ha llegado detrás de éste, se pone derecho el instrumento, y retirándolo suavemente y sin sacudidas, se logra generalmente sin muchas dificultades que salga al mismo tiempo el cuerpo extraño. La pinza casi no puede coger más que los cuerpos de superficie rugosa ó los cuerpos blandos; cuando quiere emplearse para extraer cuerpos duros y redondeados, botones, perlas, chinitas, etc., sucede que casi siempre el instrumento resbala y el único resultado obtenido es introducir más profundamente el cuerpo extraño. Hay que recordar que cuando la extracción con la pinza no se reduce á coger el cuerpo simplemente, hay que rechazar el instrumento sin vacilación.

3.° Si estos distintos procedimientos no dan resultado, hay que recurrir á la *operación cruenta*, que tiene por objeto, desprendiendo las partes blandas y cartilaginosas, poner al descubierto el esqueleto del oído y hacer que el cuerpo extraño sea accesible al operador, que entonces fácilmente

puede cogerlo con una pinza ó extraerlo con un gancho. Esta operación, practicada según las reglas de la cirugía, no tiene absolutamente ningún peligro y da siempre un resultado favorable. Estando el enfermo acostado, se afeita previamente por detrás del pabellón en una extensión de 8 á 10 centímetros de radio, y toda la región se lava y aseptiza rigurosamente según las reglas comunes y ordinarias. Un ayudante procede luego á la anestesia clorofórmica. Cuando todo está preparado, el operador hace la incisión en el pliegue posterior de la oreja, siguiendo toda la inserción del pabellón, de manera que la cicatriz ulterior no deje ninguna huella visible. Incindida la piel y asegurada la hemostasia, se desprende con una legra el periostio del temporal, y dirigiéndose hacia el conducto auditivo óseo, se inclinan hacia adelante todas las partes blandas que le cubren. El conducto membranoso bien separado de sus adherencias óseas, se corta lo más profundamente posible y la parte adherida al pabellón se inclina con éste hacia adelante. Si se da entonces un separador á un ayudante para sostener el pabellón hacia adelante, se tiene á la vista el orificio del conducto óseo y el cuerpo del delito, que no tiene que hacerse más que cogerlo con una pinza. El fondo del oído se aseptiza con cuidado, las partes se vuelven á colocar en su lugar correspondiente y la herida posterior se sutura completamente. En cuanto á la herida del conducto, se ocluye por sí misma, si se tiene cuidado de colocar en la luz del mismo un taponamiento bastante apretado con gasa yodofórmica. Al cabo de ocho días la herida está curada y todo ha terminado.

Hemos omitido con intento, en el curso de este artículo, algunos procedimientos que todavía se recomiendan en algunos tratados clásicos y que, según nuestro modo de ver, consideramos algo pueriles. Así es que la aglutinación por medio de la cola y de la liga, la aspiración por medio de un tubo de vidrio y la ducha de aire, nos han parecido siempre medios inútiles; es evidente, para nosotros, que los cuerpos extraños que resisten á la inyección del agua templada convenientemente practicada no cederían tampoco con cualquiera de estos procedimientos.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL PABELLÓN DE LA OREJA

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Sabañones del pabellón de la oreja

Después de las manos y de los pies, el pabellón de la oreja es el sitio de elección del sabañón, sea ó no ulcerado. Los niños hasta los quince años y los soldados parece que están más predispuestos.

En efecto, parece que es necesario una predisposición, y el *eritema pernio* no debe considerarse como idéntico á un simple sabañón. Los linfáticos y los debilitados están más sujetos á dicha afección. El diagnóstico en general es fácil; recordemos, sin embargo, que, sobre todo en las orejas, el lupus eritematoso simula muchas veces el sabañón y que con frecuencia empieza después de sabañones verdaderos.

A.—TRATAMIENTO INTERNO

En los linfáticos y debilitados, en el caso de sabañones persistentes y recidivantes, deberá instituirse un tratamiento interno; se ordenará, pues, el *aceite de hígado de bacalao*, el *jarabe yodotánico*, el *jarabe de yoduro de hierro*, los *tónicos*, etc.

B.—TRATAMIENTO LOCAL

Los individuos predispuestos, durante toda la estación fría, tendrán que lavarse la cara con agua tan caliente como puedan soportar.

Se han prescrito innumerables tópicos.

Las lociones con el *alcohol alcanforado* ó con la mezcla de Monin:

Glicerina pura	30 gramos
Tintura de yodo	aa. 1 gramo
— de opio	

M. s. a. Embrocaciones tres veces al día.

Para calmar la comezón de la noche, fricciónense la parte con:

Glicerina	aa. 50 gramos
Agua de rosas	
Tanino	0 gr. 10

M. s. a.

y después espolvoréese con:

Salicilato de bismuto	10 gramos
Almidón	90 —

M. s. a.

Si los sabañones están *ulcerados*, se obtendrán buenos resultados envolviéndolos con *hojas de nogal* reblandecidas en agua caliente; se practicarán lociones con *alcohol alcanforado*, *vino aromático* ó *licor de van Swieten;* ó, finalmente, aplicaciones de *ungüento de Canet* ó de *linimento oleocalcáreo.*

II

Pericondritis del pabellón

La pericondritis del pabellón es una afección bastante rara. Puede presentarse desde un principio, ó al contrario, ser consecutiva á una otitis externa ó á una otitis media.

El pabellón cambia de forma; su cara anterior se pone tumefacta, tensa, globulosa y tiene el aspecto de un tumor doloroso que ocupa toda la superficie anterior, excepto el lóbulo, que siempre es respetado.

Este tumor rojo obscuro es fluctuante, y una vez constituído, tiene mucha semejanza con el otematoma, pero difiere del todo por su marcha, pues la pericondritis tiene una evolución lenta, y por su contenido; contiene, en efecto, un líquido seroso ó seropurulento, pero nunca hemático.

Si tenemos ocasión de ver comenzar la afección, lo que es raro, se ensayará detener su marcha por un tratamiento antiflogístico enérgico. Pero si somos llamados demasiado tarde, ó si, á pesar de todo, el tumor

crece, deberá intervenirse. Se practicará la punción evacuadora del tumor ó la incisión, que, si es necesario, permitirá mejor raspar la cara anterior del cartílago auricular y proceder á la ablación de un secuestro si el cartílago estuviese necrosado.

Después de la operación, practicada lo más antisépticamente posible, se aplicará un apósito compresivo.

La curación podrá sobrevenir sin notable deformación; pero muchas veces en este caso, como en el hematoma, una vez obtenida la cicatrización, la forma del pabellón queda más ó menos alterada, como encogida ó abarquillada.

III

Eczema del oído externo

Las afecciones cutáneas son frecuentes en el pabellón. Su tratamiento, con ligeras variantes, es muy parecido al que se aplica en otras partes del cuerpo.

El *eczema del pabellón* es una afección muy común, se observa preferentemente en los niños linfáticos y escrofulosos, y en las mujeres durante la época de las reglas ó en la menopausia.

A.—Desde el punto de vista terapéutico hemos de distinguir las erupciones eczematosas verdaderas de las lesiones cutáneas de apariencia eczematosa causadas por irritantes diversos, puestos en contacto con los tegumentos del pabellón muchas veces con un fin terapéutico ó estético.

En este caso, el tratamiento es muy sencillo; basta suprimir la causa, el agente irritante. Después, una vez los tegumentos estén puestos al abrigo del agente nocivo, hay que calmar la irritación de las partes. Se logrará por medio de lociones hechas mañana y tarde con *agua bórica* templada, ó bien con *agua de almidón* (irrigaciones, afusiones).

Después de cada una de dichas lociones, se aplicará al pabellón *vaselina* ó *glicerolado de almidón*, ó una pomada que contenga la décima parte de *óxido de cinc;* se espolvoreará todo con *almidón* y se cubrirá con un lienzo muy fino; previamente se introducirá un poco de algodón hidrófilo en el conducto para evitar la penetración del polvo.

Muchas veces esta dermitis se propaga ó coexiste en el conducto y se complica con ectima, forúnculos ó con verdaderos eczemas. Estas diversas infecciones secundarias se combatirán según el tratamiento propio para cada una de ellas.

B.—El eczema verdadero puede presentarse en dos formas: la forma aguda y la crónica. Debe aplicarse la terapéutica general del eczema; sin embargo, hay algunos preparados que parecen tener cierta eficacia para esta región descubierta y expuesta á los frotes. El eczema del surco retroauricular es frecuente y tenaz.

1.° El *eczema agudo* se tratará por medio de aplicaciones de polvos inertes: polvo de *almidón;* polvo de almidón y polvo de *calomelanos* en partes iguales.

Si la supuración es muy abundante y las costras gruesas, se conseguirá su desaparición embadurnando el pabellón con un cuerpo graso inofensivo; el *aceite de olivas* puro y esterilizado va muy bien; después, al día siguiente, con un pincel, se limpiará suavemente toda la superficie.

Solamente entonces se aplicarán las pomadas:

Oxido de cinc.	1 gramo
Polvo de almidón.	1 —
Vaselina pura.	40 gramos

M. s. a.

ó

Oleato de cinc.	2 gramos
Vaselina líquida.	20 —

M. s. a.

Se procurará obturar el conducto con algodón empapado con estas mismas substancias y de aplicar bien la pomada ó la solución en todos los pliegues y en las depresiones del pabellón. En los casos rebeldes, puede emplearse una pomada con *ictiol:*

Ictiol.	1 á 2 gramos
Vaselina pura..	20 —

M. s. a.

En resumen, ante un eczema agudo no conviene ser demasiado enérgico; hay que esperar, ser prudente y confiar en la paciencia del individuo.

Debemos limitarnos, durante mucho tiempo, á los tópicos emolientes (vaporizaciones dirigidas á la oreja); una vez haya disminuído el exudado, se emplearán pomadas inofensivas, y sólo más tarde y después de varios tanteos, cuando se conozca la tolerancia de la piel enferma, es cuando podrán aplicarse tópicos más enérgicos.

Será útil coadyuvante un tratamiento general apropiado á la constitución del enfermo (escrofulismo, artritismo, sífilis).

2.° El tratamiento del *eczema crónico* del pabellón reclama al prin-

cipio una terapéutica muy parecida; primero los emolientes, después las pomadas con *óxido de cinc*, *calomelanos*, *tanino*. En el eczema infeccioso (otorrea) toques con *tintura de yodo* (Gellé).

Si no se obtiene resultado y es un pabellón grueso, sobre todo si hay comezón intensa, se prescribirá el *glicerolado con ácido tartárico* según la fórmula de Brocq:

Acido tartárico.	1 gramo
— salicílico.	0 gr. 50 á 1 —
Glicerolado de almidón, con glicerina neutra. . .	20 gramos

M. s. a.

Cuando los tegumentos están profundamente infiltrados, puede emplearse con ventaja el *aceite de enebro*, á dosis más ó menos altas:

Aceite de enebro verdadero.	2 á 5 gramos
Jabón negro.	c. s. para emulsionar
Glicerolado de almidón.	30 gramos

M. s. a.

El infarto doloroso, rojo, caliente, con sequedad, exige a reaparición del exudado bajo una placa de *tafetán encerado* durante la noche. Se prohibirá el lienzo interpuesto en el surco de un modo permanente.

Las ulceraciones y las fisuras se tocarán con *nitrato de plata*. Contra el dolor, decúbito sobre una almohada perforada.

El *eczema seco del conducto* es tenaz de un modo particular. Antes de toda medicación, se hará su limpieza. Para esto se reblandecerá su contenido instilando algunas gotas de:

Carbonato de sosa..	0 gr. 10
Glicerina neutra.	10 gramos

Disuélvase.

Después, al cabo de dos días de este tratamiento, se quitarán las escamas por medio de una inyección templada (agua y *sal de Vichy*, 5 por 1000).

Se intentará entonces modificar los tegumentos por embrocaciones con *nitrato de plata* del 1 al 10 por 100; puede empezarse por baños ó inyecciones templadas de solución argéntica al 1 por 1000 ó 1 por 500 gradualmente.

No se olvidará el tratamiento general (véase tratamiento general).

En los casos subagudos rebeldes, los baños, los lavados por medio de un pincel con *licor de van Swieten*, ó bien con la solución de *fenosalil*

al 1 por 100, y la cura permanente con algodón hidrófilo, que penetre hasta el fondo del conducto, empapado en estos mismos líquidos, darán excelente resultado.

IV

Erisipela del pabellón y del conducto

La erisipela de la cara, enfermedad infecciosa debida al estreptococo, comienza con frecuencia por la oreja; se la combatirá sobre todo por la pulverización de substancias antisépticas, según el método de Alberto Robin. Se emplea una solución de *sublimado* al 1 por 1000, á la que se añade 1 gramo de *ácido tartárico* por litro.

Se practica la pulverización con el pulverizador de vapor que se coloca á 30 centímetros de la placa erisipelatosa.

Cada pulverización dura media hora y se repite de seis á ocho veces en las veinticuatro horas durante el primer día; después se disminuye progresivamente. Régimen lácteo durante el tratamiento. La curación se obtiene de los tres á los seis días.

A falta de pulverizador de vapor, puede emplearse un pulverizador cualquiera, con la condición de emplear la solución de sublimado caliente. El tratamiento de la erisipela pertenece á la patología general.

La erisipela puede propagarse al conducto, y de allí al oído medio; esta otitis infecciosa reclama los mismos cuidados y la misma vigilancia que las demás (véase *Otitis*).

CAPITULO VII

TRATAMIENTO DE LAS INFLAMACIONES Y DE LAS DIVERSAS ENFERMEDADES DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

Las inflamaciones del conducto auditivo externo pueden ser circunscritas ó difusas, y se comprenden en las inflamaciones cutáneas de que ya nos hemos ocupado.

I

Inflamación circunscrita.—Forúnculo

El forúnculo del conducto puede presentarse sin causa bien determinada, pero también, y esto no es raro, puede venir á complicar una supuración crónica de la caja ó un eczema crónico del conducto (infección secundaria).

Es muy raro que no haya más que un forúnculo; muchas veces hay varios, que aparecen entonces, ya simultánea, ya sucesivamente, á consecuencia de reinoculaciones (forunculosis).

El dolor á veces es intensísimo y es causa de insomnio; el menor contacto con el pabellón y la masticación bastan para provocarlo. A veces, por la tarde, en el momento de los paroxismos dolorosos, puede haber un poco de fiebre y cefalalgia; los ganglios se infartan; muchas veces el tejido celular periganglionar se inflama y aparece un flemón periadénico debajo y alrededor de la concha.

A. — TRATAMIENTO ABORTIVO

Si se trata la enfermedad desde sus comienzos, cuando el pus todavía no está formado, podrá ensayarse el hacer abortar el forúnculo.

Se procurará apartar del enfermo todo lo que puede aumentar la congestión cefálica y auricular; se le prohibirán los esfuerzos físicos, una alimentación demasiado excitante, el café y el alcohol. Una vez hecho el diagnóstico, se evitarán los exámenes repetidos y las inyecciones auriculares.

Se prescribirá un régimen suave, bebidas abundantes (limonadas) y laxantes; si los dolores son demasiado vivos, no se vacilará en aplicar dos ó tres *sanguijuelas* delante del trago (por medio de un tubo de vidrio).

A esta medicación general, se añadirán los medios tópicos siguientes, numerosos, pero muchas veces poco eficaces, pues es muy frecuente el ver que el forúnculo continúa su evolución á pesar de la terapéutica empleada.

Politzer aconseja las embrocaciones frecuentes del conducto con la *glicerina fenicada* al 1 por 30.

Urbantschitsch es partidario del *masaje;* entiende con este nombre la siguiente práctica: introduce en el conducto un pequeño tubo de caucho aséptico. Si al cabo de algunas horas al enfermo se le acrecienta el dolor, lo retira; si puede soportarlo, lo deja durante veinticuatro horas. Muchas veces, al cabo de este tiempo, parece que el conducto ha recuperado su aspecto normal; sin embargo, el tubo debe dejarse colocado todavía durante dos ó tres días para no perder lo ganado. Si, á pesar de esto, la enfermedad sigue su curso, este tubo deberá retirarse al comienzo del período de supuración. Courtade, con el nombre de *intubación*, introduce en el meato un tubo de caucho voluminoso, del mismo modo que el autor vienés; la compresión permanente que ejerce el tubo, favorece la reabsorción de la infiltración, y en muchos casos parece que puede hacer abortar el absceso. Esta favorable terminación sólo se produce cuando la intubación se ha empleado desde los primeros días, antes de la formación del pus; más adelante, el tubo podría impeler el pus por fuera del conducto, detrás del lóbulo, siendo necesario quitarlo.

Una vez formado el absceso forunculoso, la indicación principal de la terapéutica será calmar los dolores, á veces muy intensos, y abrir el absceso.

B. — TRATAMIENTO DEL FORÚNCULO SUPURADO

Antes se empleaban las *cataplasmas;* Politzer y Urbantschitsch las aconsejan todavía; pero la mayoría de los auristas las rechazan; temen ó que se produzca una irritación de la piel del pabellón y del conducto, ó

determinar alteraciones del tímpano; la mayoría temen favorecer las reinoculaciones, pues la cataplasma es un excelente medio de cultivo.

Sin embargo, es justo decir que muchos enfermos se han aliviado con esta aplicación. Como calmante y como resolutivo, sobre todo si hay infarto que forma prominencia alrededor de la oreja y tendencia al flemón periglandular, creemos acertado aconsejar la refrigeración en la región ótica por medio del aparato de Leiter, y más sencillamente por la aplicación renovada con frecuencia de compresas de tarlatana plegadas en varios gruesos y empapadas de *agua bórica helada;* si es necesario empleamos *la vejiga de hielo.*

Por otra parte, si no se tolera la refrigeración, la resolución se obtendrá también por medio de *baños* y de *irrigaciones calientes* de la oreja, de diez minutos, dados frecuentemente con soluciones templadas antisépticas y calmantes.

He aquí algunas de ellas:

Cocimiento de adormideras, con la adición de un centésimo de su peso de *tintura de opio* (Gruber). Solución débil de *lisol* al 1/2 por 100 (Politzer). Como calmante, Gellé ordena la solución de *atropina* al 1 por 20; el algodón empapado forma una mecha suave, que se introduce todo lo posible encima del forúnculo. La *glicerina*, con la adición de algunos centigramos de polvo de *clorhidrato de cocaína* la prescribe Urbantschitsch; la perforación del tímpano constituye una contraindicación formal para este tratamiento.

El *aceite mentolado* al 1 por 10 (Cholewa).

El *alcohol absoluto* saturado de *ácido bórico* (Lœwenberg).

Politzer aconseja también la introducción en el conducto de una torunda de algodón impregnada de la pomada siguiente (toda cura que separe las dos superficies cutáneas del conducto inflamado produce un alivio notable):

Acetato de morfina.	0 gr. 20
Acido bórico.	1 gramo
Vaselina blanca.	20 gramos

M. s. a.

Gruber introduce en el conducto auditivo pequeños *óvulos* de gelatina (*amygdalæ aurium*); cada uno de ellos contiene medio centigramo de *clorhidrato de morfina;* se introducen profundamente por medio de una pinza en el conducto, que se tapa con una torunda de algodón y se deja que se derritan.

Urbantschitsch emplea la *electrización*, que parece le ha dado sor-

prendentes resultados; emplea las corrientes inducidas débiles, aplica un electrodo delante del trago, el otro en la nuca, y hace dos sesiones al día de cinco á diez minutos de duración. ¿No es esto muy complicado para un simple forúnculo?

Lermoyez emplea desde algún tiempo el procedimiento siguiente, del que no puede más que elogiarse. La práctica es la misma, tanto si el forúnculo está incindido como no. Con precaución, para evitar el dolor, se introduce en el conducto, por medio de una pinza ó de un estilete, una mecha de algodón hidrófilo, de manera que este algodón se insinúe detrás del forúnculo, entre éste y el tímpano; la coloca también entre el forúnculo y la pared, y llena de este modo todo el conducto con algodón seco. Hecho esto, inclina la cabeza del enfermo hacia el lado sano, y vierte en el algodón *licor de van Swieten;* cuando el algodón está seco, vierte más y el enfermo puede repetir la maniobra tantas veces como sea necesario, pero sin tocar nunca el algodón, que sólo el médico puede cambiar. Muchas veces es útil una poción *cloralada* y *bromurada* para procurar el descanso y el sueño. Tal es el inventario de la terapéutica médica del forúnculo.

C. — TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La *incisión* del forúnculo puede ser abortiva; está indicada desde que la tumefacción es muy pronunciada, el dolor insoportable y el conducto está casi obliterado, sobre todo si el infarto flemonoso periauricular y mastoideo es acentuado.

Puede adormecerse la sensibilidad por la *cocaína* (1 por 5) en aplicación inmediata ó administrar el *bromuro de etilo*, ó dar previamente una *inyección subcutánea de morfina*, puesto que, en efecto, el dolor de la incisión es muy vivo. Hecha la incisión y una vez el pus ha salido y se ha secado, se calmará el dolor con una solución de morfina (0,10 por 10) aplicada con algodón hidrófilo puesto en contacto con la incisión.

La incisión se hace en el tumor prominente; cuando el conducto abultado, deformado, ofrece varios puntos salientes desiguales, se incinde en el lado del conducto que corresponde al infarto periférico más pronunciado y más doloroso.

Se emplea un pequeño bisturí recto y de punta roma que se introduce de plano, aseptizado, por encima del tumor tenso y bastante profundamente; después, por un movimiento brusco, se dirige el corte hacia abajo y se incinde, llevando hacia afuera la hoja del bisturí de un modo rápido.

El clavo ó raíz del forúnculo, con la sangre, sale en general en seguida; el hacerlo con una cucharilla ó el apretar para que salga, es en extremo doloroso. A veces se encuentra un segundo forúnculo delante ó detrás del primero, y el estilete, recubierto de algodón, no puede franquear el punto incindido para hacer salir todo el pus; la limpieza del fondo siempre alivia. El dolor es tan intenso que estos cuidados son á veces difíciles de aplicar, al menos inmediatamente.

Se cura con la solución de *fenosalil* al 1 por 100, *morfinada*, o con el *alcohol absoluto boricado* (saturado), que se tolera muy bien, y termina rápidamente la serie infecciosa (Lœwenberg).

D.—TRATAMIENTO CONSECUTIVO

Tiene por objeto prevenir las recidivas. Curado el forúnculo, no es raro verse producir en el conducto una descamación epitelial más ó menos abundante, lo que provoca comezón, y el enfermo se siente impulsado á rascarse, con lo que se producen heridas que pueden servir de puerta de entrada á la infección. Para prevenir esta comezón, Politzer aconseja que cada dos días, durante varias semanas después de la curación, se hagan embrocaciones en el conducto auditivo cartilaginoso con la pomada siguiente:

Precipitado blanco.	0 gr. 30
Vaselina.	12 gramos

M. s. a.

ó

Acido bórico.	1 gramo
Vaselina.	20 gramos

M. s. a.

Weber-Liel aconseja las embrocaciones de *alcohol*.

En todos los casos se evitarán los lavados del conducto con agua.

II

Otitis externa circunscrita perióstica

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

Con este nombre hemos descrito ciertas alteraciones bien limitadas del conducto, de origen claramente reumático en muchos casos, infecciosas también, y que, según su aspecto, su localización y curso parece que

tienen por punto de partida el tejido perióstico de la porción ósea del conducto, siendo más frecuentes en los otorreicos.

Los fenómenos dolorosos son muy poco pronunciados; sólo la sordera es lo que induce al enfermo, adulto ó niño, á que se le examine el oído. El paciente ha tenido fiebre y cefalalgia del lado enfermo, sobre todo á la tarde y durante la noche. Con frecuencia la faringe se ha inflamado violentamente, observándose á veces que una articulación está algo dolorosa. Otras veces en un lado evoluciona una otitis aguda general perióstica y en el otro no se encuentran más que las pequeñas lesiones limitadas á las que hemos hecho alusión. Entre otras, hemos observado esta causa de sordera en un adulto curado de pleuresía purulenta con vómica (infección consecutiva).

B.—TRATAMIENTO

El tratamiento es de los más sencillos: lavado del conducto con *agua bórica* templada y al interior se prescribirá el *salicilato de sosa* ó el *sulfato de quinina* en los comienzos de la enfermedad.

No se olvidará el cuidar la faringitis reumática si existe. Los exudados sólidos (véase *Osteomas)* pueden dificultar la audición, hasta el punto de exigir su ablación.

III

Otitis externa difusa aguda

A.— CONSIDERACIONES GENERALES

La inflamación puede empezar por el conducto auditivo externo y quedar limitada aquí, ó bien, nacida del pabellón ó del oído medio, invadir consecutivamente el conducto.

Cuando es consecutiva á una afección análoga del pabellón auricular, la otitis es más bien una *dermitis*, pues la inflamación se ha propagado de fuera á dentro por la piel común á ambas regiones; en los casos en que la inflamación nacida en el oído medio se extiende hacia el conducto, la propagación se verifica por el periostio; verdaderamente lo que se produce es una *periostitis* (difusión purulenta subperióstica, complicación de las infecciones otorreicas (vease *Otorrea)*. La simple *dermitis* puede complicarse con *periostitis* por los progresos de la inflamación en profundidad; la otorrea produce también la forunculosis por infección glandular.

Hay que hacer notar que cuanto mejor se examinan los oídos, menos casos se encontrarán de otitis externas esenciales; casi siempre, sobre todo en los niños, hay una otitis media primitiva.

B.—TRATAMIENTO

Al principio está indicado el tratamiento antiflogístico; de dos á cuatro *sanguijuelas* delante del trago rebajarán la fluxión y el dolor. Se recomendará la dieta, el reposo y un purgante salino.

Localmente se prescribirán *baños de oído* de diez minutos, repetidos con frecuencia, con *agua bórica* templada (hervida).

El dolor se calmará con instilaciones de la solución siguiente, en el oído:

Sulfato de atropina.	0 gr. 05
Agua destilada.	20 gramos

Disuélvase.

que se verterá caliente en el conducto.

Contra el prurito, se practicarán *lociones calientes* suaves con un pincel empapado de

Bicloruro de mercurio.	0 gr. 25
Agua.	200 gramos

Disuélvase.

El insomnio y la fiebre se tratarán, bien por medio de una poción *opiada estibiada*, ó bien por el *sulfato de quinina* ($0^{gr},60$ á $0^{gr},75$), asociado en el adulto al opio ($0^{gr},10$ *pro die)* en cinco ó seis tomas cada día.

Desde que aparece el flujo cesa el dolor y se presenta una nueva indicación: hay que quitar el pus y los exudados. Con este objeto están indicadas las *inyecciones* auriculares templadas, suaves, repetidas, con soluciones de substancias al principio ligeramente calmantes, más tarde astringentes y siempre antisépticas: *agua fenicada* al 1 por 200, de *fenosalil* al 1 por 100, de *sulfato de cinc*, de *tanino*, etc. Para asegurar el efecto, se introduce en el conducto estrechado un tubo de desagüe fino sujeto al extremo de una cánula de vidrio cónica. Debe evitarse el empleo de aceites y cuerpos grasos. Se cura con algodón mojado en las mismas soluciones, llenando herméticamente con una sola torunda todo el conducto (*algodón salicilado*, *boricado*, *salolado*); la concha se tapa luego con algodón seco.

Se ha visto que la otitis externa puede provocar la meningitis; es, pues, una afección que no debe descuidarse.

El tratamiento del flujo y de sus consecuencias se indicará en el capítulo dedicado á la otitis externa crónica.

Pero repetimos que la duración de estos síntomas ha de hacer admitir una afección de la caja.

IV

Otitis externa crónica difusa

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Como ya hemos hecho notar al principio, la primera cosa que debe saberse, en este caso como en la forma aguda, es si se trata solamente de una otitis externa.

Muchas veces el problema no es de fácil solución, por la presencia del flujo, de los exudados y la hinchazón de las paredes.

Sólo un examen metódico de las partes puede ilustrarnos acerca la existencia de una otitis media supurada con tímpano perforado.

Por su persistencia, esta forma de otitis es de pronóstico serio; debe cuidarse con mucha perseverancia, y sus recidivas, que dependen de lesiones profundas desconocidas ó de discrasias, son frecuentes; á consecuencia de ella pueden presentarse estrecheces del conducto, pólipos, alteraciones graves del tímpano, etc.; y hasta, dicen los autores, por la propagación purulenta, pueden poner la vida en peligro; pero esto depende de la seguridad con que se ha hecho el diagnóstico falso de otitis externa, error que es frecuente (véase *Otorrea*).

B. — TRATAMIENTO GENERAL

En el niño, á la menor sospecha de *sífilis* hereditaria, deberá instituirse el tratamiento específico, sobre todo cuando la afección resiste á los tópicos conocidos, metódicamente aplicados. Se prescribirá un gramo de *licor de van Swieten* por día, en una taza de leche, en tres ó cuatro veces. Puede añadirse una gota de *tintura de yodo* en un poco de leche, dos ó tres veces al día.

Cuando es imposible la administración de estos medicamentos por la boca (trastornos gástricos, diarrea, repulsión), se prescribirá un gramo de *sublimado*, como máximo, disuelto en alcohol, para poner en el baño dia-

rio del niño; esto, por supuesto, si la piel está indemne, pues en caso contrario se reducirá la dosis de sublimado á $0^{gr},20$ ó á $0^{gr},10$, según la edad del niño.

Los linfáticos, los escrofulosos y los artríticos se someterán al régimen y medicación apropiados. Aconsejamos el *hierro*, el *arsénico*, el empleo del *aceite de hígado de bacalao* y del *jarabe yodotánico*.

Los *baños de mar* en general son perjudiciales.

En cuanto á las *aguas termales sulfurosas* ó *cloruradas*, están al contrario perfectamente indicadas localmente y en baños; debe vigilarse su acción excitante (véase Tratamiento general).

C.—TRATAMIENTO LOCAL

La otorrea es el síntoma más importante, siendo á veces un verdadero flujo.

La primera indicación consiste en quitar el pus y los productos de las secreciones patológicas que llenan el conducto; sólo después de esto será posible obrar sobre la piel del conducto por los tópicos apropiados.

Los *lavados* serán frecuentes y se repetirán dos ó tres veces al día, y más si es necesario.

Se harán con agua abundante, pero sin violencia alguna, pues no deben causar dolor ni vértigos. El pabellón de la oreja se tirará hacia arriba y atrás; la cabeza del individuo se inclinará del lado que se lava, sobre el recipiente, cuyo borde se apoya en el cuello del individuo, debajo del lóbulo.

Los líquidos empleados: *agua bórica* (4 por 100), *fenosalil* (1 por 100), serán siempre templados. Al irrigador Eguisier, de imposible asepsia, á los cliso-bombas y peras de caucho que nunca dan un chorro igual y no permiten el paso de bastante cantidad de líquido, preferimos el sifón de Weber ó mejor un depósito (metal esmaltado ó vidrio) lavador ordinario, siempre limpio, inatacable por las soluciones empleadas, que funcione por sí solo, y cuya intensidad de salida y fuerza del chorro puede graduarse elevando más ó menos el recipiente por encima de la oreja del enfermo.

A este recipiente se adaptará un tubo de caucho bastante largo, terminado por una cánula á la que se fijará una sonda cónica de caucho rojo (cánula especial del paciente). Se introducirá esta cánula en el conducto, y gracias á su pequeño calibre permite el fácil reflujo del líquido tibio

inyectado. Esta cánula debe lavarse después con agua hervida carbonatada.

Una vez limpio el conducto (y para hacerlo sin daño deberá confiarse más en la repetición de las maniobras que en su energía), se verterán los líquidos modificadores. Dan muy buenos resultados y son fáciles de aplicar los baños de oídos, de diez á quince minutos de duración, dos ó tres veces al día.

Para los *lavados*, se empleará ordinariamente el *agua bórica* (40 por 1000), y el *fenosalil* (1 por 100) (véase *Otorrea*). Sin embargo, si el conducto está lleno de costras, escamas ó películas, en vez de estos líquidos recomendamos que se inyecten soluciones calientes muy diluídas de *bicarbonato de sosa* (10 por 500) que reblandecen bien y desprenden los productos adherentes; el baño de *agua oxigenada* es un detersivo excelente. Aconsejamos luego que se inyecte *ácido fénico* (1 por 100, 1 por 200), *nitrato de plata* (1 por 1000); *percloruro de hierro* ó *tartrato férrico potásico* (10 por 1000), etc.; el agua de *Challes*, el agua de *Cransac*, etc., en los flujos y las seborreas.

Embadurnamos siempre con *vaselina* la concha y la entrada del conducto cuando hacemos inyecciones de nitrato de plata.

Los aceites, pomadas y polvos, á nuestro entender, deben proscribirse en absoluto.

Para los baños se emplearán las soluciones templadas de *sulfato de cinc*, de *alumbre* (al que se atribuye la producción de clavos ó forúnculos en el conducto), y el *alcohol bórico* á $^1/_2$, $^3/_4$ y finalmente puro.

El *agua blanca* también es muy recomendable, siempre que se vigile y se eviten los depósitos, alternándola con los lavados de agua hervida, agua salada, etc. (Este tratamiento se confunde con el de la otorrea, que constituye el objeto de un capítulo especial). Terminamos siempre una cura con una torunda de algodón introducida en el fondo del conducto, mojada con la solución de fenosalil al 1 por 100.

V

Otitis externa descamativa (queratosis obturante de Wreden)

Esta afección, aunque se parece mucho, desde el punto de vista terapéutico, á las obstrucciones del conducto auditivo externo debidas á los tapones de cerumen, se distingue de ellas prácticamente por el hecho de

que en la queratosis obturante de Wreden, la masa que obtura el conducto está adherida sólidamente á las paredes y no puede extraerse sino con mucha lentitud y gran dificultad.

Se reblandecerán primero las masas epidérmicas por medio de baños de oídos con soluciones alcalinas templadas *(bicarbonato de sosa, agua de Vichy, agua de cal);* después se extraerán por medio de inyecciones. Hartmann aconseja las instilaciones hechas con una solución oleosa de *ácido salicílico* al 2 por 100, seguidas de inyecciones de soluciones alcalinas.

Si no pudiera lograrse, ó en los casos de recidiva, deberá recurrirse entonces al *desmenuzamiento* con las pinzas y hasta á la ablación con la cucharilla, previa la anestesia general, necesaria en la mayoría de casos.

Una vez extraídas las masas, se prescribirán instilaciones de *sublimado* ($0^{gr},10$ por 50 gramos de agua) durante algún tiempo y se explora frecuentemente el oído para vigilar las recidivas.

VI

Osteoperiostitis del conducto auditivo

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La osteoperiostitis del conducto es en extremo frecuente; es una complicación por infección consecutiva propagada desde el foco purulento crónico ó agudo de las cavidades timpánicas y mastoideas. A veces es el periostio de la pared ínfero-posterior el que se desprende; el pus se extiende, la pared se levanta y el conducto está obliterado por una prominencia cutánea rosada, sensible, blanda, depresible, en tanto que el pus, rechazado hacia la caja, aparece en el conducto, que se ha hecho permeable por el estilete explorador que comprime la abolladura. Otras veces, la periostitis hincha la pared superior del conducto, determina su descenso, hasta el punto de cubrir el tímpano, en las afecciones agudas ó crónicas supurativas del ático ó parte epitimpánica de la caja. Sabido es que Duplay ha considerado como un excelente signo de la otitis osteoperióstica infecciosa la aparición en la pared posterior del conducto óseo, delante del tímpano, de una eminencia roja que estrecha su calibre y anuncia la extensión del proceso. En un grado más adelantado, la tumefacción caliente inflamatoria aparece detrás del pabellón inclinado

hacia delante; existe entonces un absceso subperióstico de la región mastoidea, que denuncia una supuración de las células mastoideas. (Este asunto se tratará detenidamente al ocuparnos de la otorrea). Incindida la tumefacción, sale el pus y con el estilete se percibe el hueso denudado.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento de esta propagación purulenta que desprende el periostio consiste en una incisión longitudinal que penetra hasta el hueso, seguida de curas antisépticas con *gasa yodofórmica* ó con torundas de *algodón yodado*.

En realidad es una complicación de la otitis media supurada (véase *Otitis supurada*).

VII

Sifilis del oído externo

1.° El *accidente primitivo* se observa en el pabellón, pero es una rareza.

Se instituirá el tratamiento general específico. El tratamiento local consiste en proteger la ulceración con una capa de *vaselina bórica* ó *yodofórmica*, renovada con cuidado.

2. Los *accidentes secundarios* en el pabellón no presentan nada de particular que merezca indicarse. En cuanto á los *condilomas del conducto*, dejados sin tratamiento, pueden producir la obliteración.

Además del tratamiento general, se tratarán las sifílides del conducto por *lavados* con *soluciones alcalinas* é instilaciones de *sublimado* al 1 por 1000. Los condilomas se tocarán con una solución concentrada de *nitrato de plata* cada tres ó cuatro días ó bien con el *galvanocauterio*. Lo mismo se hará en las *ulceraciones terciarias;* cura aisladora permanente.

Se han descrito las gomas del pabellón y del conducto; se tocarán con la solución *yodoyodurada* (hidrargirio y yoduro).

VIII

Lupus del pabellón y del conducto

Para el lupus, puede recurrirse á los medios de tratamiento empleados contra el lupus de la cara.

Al interior, se prescribirá el *aceite de hígado de bacalao* á dosis elevadas durante el invierno; en verano se darán los *arsenicales*.

En los estrumosos, el *jarabe yodotánico*.

El tratamiento local tiene en este caso la mayor importancia; se empleará el *raspado*, las *escarificaciones* lineales cuadriculadas; pero el procedimiento de elección será la cauterización con el *galvanocauterio*, ó, á falta de éste, con el *termocauterio*.

IX

Tumores del oído externo

El tratamiento de los quistes dermoides, de los tumores eréctiles y de los aneurismas cirsoideos que se observan en el pabellón de la oreja no tienen nada de particular en esta región.

La terapéutica de los *queloides* y de los *fibromas* del lóbulo del pabellón se ha modificado con frecuencia; esto parece que es debido á que cada método tiene sus éxitos, pero también á que ninguno de ellos parece que pueda evitar las recidivas. Se ensayará, pues, uno de los diversos tratamientos preconizados: la extirpación, las escarificaciones, la simple compresión, las inyecciones irritantes, y por último, la electrolisis, que actualmente parece gozar de cierto crédito.

Contra los tofos de los gotosos se prescribirá un tratamiento antigotoso, y no se recurrirá á la escisión sino cuando lo reclame el mismo paciente, lo cual es raro.

Sin embargo, su ulceración puede conducir á recomendar el raspado ó la ablación.

X

Otematoma

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Lo que es sobre todo curioso é interesante en la historia del otematoma, son las discusiones á que ha dado lugar su patogenia.

Sabido es que este tumor sanguíneo está constituído por un derrame de sangre entre el cartílago y su pericondrio, que radica en la cara anterior del pabellón.

En la actualidad puede admitirse que, al lado del hematoma traumático vulgar, el más frecuente, hay ciertos individuos, entre otros los enajenados, predispuestos al otematoma espontáneo.

El otematoma espontáneo, de volumen generalmente pequeño, no interesa en general más que la fosita escafoidea. Nada indica su aparición.

El aspecto del hematoma traumático es del todo diferente; puede comprender toda la cara anterior del pabellón, penetrar hasta en el conducto, obliterar su luz y aparecer, por último, en la cara posterior del pabellón, contorneando el borde del hélix. Su comienzo se marca siempre por violentos dolores acompañados de una sensación de tensión y de calor de las partes enfermas.

B. — TRATAMIENTO

¿Qué conducta debe seguirse en presencia de un hematoma? Si se trata de un otematoma espontáneo ó de un tumor muy pequeño, poco ó nada doloroso, lo mejor será esperar la reabsorción espontánea, que podrá favorecerse por simples aplicaciones de compresas frías, evitando cuidadosamente el magullar los tejidos por la aplicación de un vendaje demasiado apretado, ó por una práctica intempestiva de masaje ó de compresión, por el temor de ver reproducirse el derrame sanguíneo.

En cambio, si el tumor es voluminoso y doloroso, debe intervenirse. La intervención se llevará á cabo á los cuatro ó cinco días de haber empezado; se incindirá muy ampliamente el tumor, se evacuarán los coágulos, se practicará el lavado aséptico ó antiséptico de la bolsa, cuyas paredes

podrán avivarse si es necesario. Después se suturará y se aplicará un apósito antiséptico compresivo; la reunión deberá hacerse por primera intención.

Desgraciadamente, cualquiera que sea el método de tratamiento empleado, la curación se obtiene, en general, con la persistencia de deformaciones características, que pueden observarse en las estatuas antiguas de gladiadores.

XI

Tumores sebáceos

Los tumores sebáceos (tumores moluscoides, de Toynbee) del conducto se observan sobre todo en los viejos.

Se harán desaparecer vaciando el contenido del quiste y extirpando ó cauterizando la bolsa.

XII

Exóstosis

Las exóstosis del conducto generalmente son exóstosis de desarrollo, aunque se pueden atribuir muchas veces á la diátesis gotosa ó reumática, á la sífilis y sobre todo á las otorreas prolongadas.

Si la exóstosis es pequeña y no da lugar á ningún trastorno, hay que respetarla. Pero si por su volumen excesivo ó por su número obstruyen completamente el conducto, causando sordera, ó si son una amenaza continua de retención del pus en el curso de una otorrea coexistente, entonces vale más intervenir; las más de las veces están constituídas por un tejido esponjoso, pero adherente al hueso.

Se ensayarán primero los métodos suaves; la dilatación lenta y progresiva que, con frecuencia, no dará resultado. Entonces, sin tardar demasiado, se hará saltar el obstáculo por medio de la gubia, con preferencia al perforador.

En ciertos casos pueden emplearse también con éxito la electrolisis y el galvanocauterio para abrir un túnel á través del tumor y restablecer el calibre del conducto.

XIII

Pólipos del conducto

Los pólipos del conducto se insertan la mayoría de veces en la caja ó en el tímpano; sólo muy raramente se implantan en las mismas paredes del conducto, donde vienen á salir á través de fístulas de la pared mastoidea.

Los pólipos pequeños, verdaderas fungosidades, se tratarán por el desmenuzamiento, la abrasión y después la cauterización, previo el raspado del pedículo. Los baños de oído con el *percloruro de hierro*, el *agua oxigenada* ó el *alcohol absoluto* acabarán el tratamiento; cura seca.

Los pólipos bien pediculados se extirparán con el asa ó lazo frío y el punto de implantación se cauterizará con el *cloruro de cinc* ó bien con la punta del *galvanocauterio;* se obrará con prudencia si el punto de implantación del pedículo está cerca del trayecto del facial (porción extratimpánica).—El peligro de herir este nervio se explica por su denudación por caries de la pared del acueducto en el tercio interno de la pared posterior del conducto auditivo óseo (Gellé).

Recordemos que con frecuencia estos pólipos se insertan alrededor de una fístula que conduce á las células mastoideas; no se obtendrá una curación duradera sino atacando el mismo foco mastoideo, si persiste la otorrea.

XIV

Tumores malignos

Los tumores malignos del conducto, el *epitelioma*, son las más de las veces consecutivos á un tumor de la misma naturaleza desarrollado en el pabellón ó en la caja.

Su tratamiento no tiene nada de particular. Debemos mencionar aquí el epitelioma glandular primitivo: tumor al principio bien limitado y cuyo diagnóstico conduce á una intervención operatoria muchas veces favorable, porque la generalización es lenta y rara.

Las úlceras cancerosas se tratarán con ventaja por las aplicaciones de *clorato de potasa*, que suprimen la trasudación hemorrágica y calman verdaderamente los dolores.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL TÍMPANO

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Lesiones traumáticas del tímpano

El tratamiento varía según la gravedad de la lesión. Si sólo está herida la membrana, de momento, se calmarán los efectos de la conmoción laberíntica (ruidos, vértigos, semisíncope, emoción) y el dolor auricular. Se prohibirá toda inyección en el conducto auditivo y se recomendará al enfermo que no se suene. Practicada metódicamente la inspección del oído, si hay simple puntura, sin penetración ó perforación, basta obliterar el conducto con *algodón bórico* ó *salicílico*, después de haber instilado algunas gotas de un calmante *opiado* en el conducto auditivo.

Si hay mucha depresión del tabique, sangre en su superficie, signos de choc, se enderezará éste por un Politzer; colocado el otoscopio se vigilará su efecto; el alivio es inmediato.

Se aplicará una cura rigurosa (rodaja de *gasa yodofórmica* en la herida y algodón aséptico ó mojado en la solución de *fenosalil* al 1 por 100 para llenar el conducto).

Si hay reacción, los días siguientes se prescribirán tres veces al día baños de *agua bórica* caliente en el conducto, ó agua hervida templada, vertidos con una cuchara caliente y de diez minutos de duración á un cuarto de hora; después se hará la cura indicada permanente.

Si hay ruptura simple, la ducha de aire hará salir los coágulos, enderezará el tímpano y se terminará por la cura indicada.

Si el traumatismo ha sido más grave, si hay varias rasgaduras ó desgarros y colgajos, los cuidados tópicos, la obturación y las aplicaciones antisépticas se prolongarán para atenuar la otitis traumática; y los baños y las curas con algodón mojado en la solución de *fenosalil* al 1 por 100 ó en el *agua oxigenada* (12 volúmenes) en general derán resultado; la cicatrización tiene lugar rápidamente. Las curas deben ser cotidianas, porque la exploración de cada día guiará el tratamiento. (Para la otitis consecutiva véase más adelante). Por la persistencia de la supuración, se sospechará la presencia de una bala de revólver, de una punta de aguja ó de una pajita; entonces se procederá á una inspección metódica del oído, después de haberlo limpiado en seco, con el espejo y el espéculo, con el estilete fino llevado al fondo del conducto, paseado por sus paredes y á veces sondando la caja al través de la herida timpánica; las insuflaciones de aire por la trompa facilitarán la salida de los coágulos y del cuerpo extraño; el seno pretimpánico oculta muchas veces la depresión en que se aloja el cuerpo extraño, si éste ha penetrado (hecho común) en la pared mastoidea del conducto; la deflagración es la que ha roto la membrana; el estilete acodado se introduce entonces en la herida y toca la bala. En un primer examen no puede encontrarse nada. Puede utilizarse el estilete eléctrico de Trouvé. La bala ha podido alojarse profundamente en el peñasco (seno carotídeo, facial, meninges, vena yugular y laberinto pueden estar interesados) y los órganos heridos indican la gravedad de la lesión (hemiplegia, parálisis facial, ruidos, vértigos, sordera unilateral, meningitis).

Puede extraerse una bala de revólver detenida en la pared del conducto; parece prudente esperar el efecto de un trabajo lento de eliminación. Sin embargo, hemos llegado á comprobar que el cuerpo extraño entonces avanzaba por su peso en la profundidad de la apófisis y una operación bastante sencilla salvando el facial permitió su extracción; muchas veces es preciso dejar á la naturaleza el trabajo de eliminación, porque el sitio de la bala no puede precisarse. En dos casos en que la bala estaba alojada en la apófisis, los rayos X no han descubierto nada.

Se han citado algunos casos de *fracturas del mango del martillo* (Moure); después del enderezamiento del tabique, después de la salida de los coágulos y de la limpieza con algodón mojado con agua oxigenada, se hará la cura oclusiva con la rodaja de gasa yodofórmica y el algodón salicílico, llenando el conducto en forma de una mecha compacta, fácil de extraer de una vez.

Se ha expuesto aparte el tratamiento quirúrgico para los casos en que el cuerpo extraño ha penetrado en la caja del tímpano.

II

Inflamación del tímpano (miringitis)

Por la influencia de las afecciones del conducto ó del traumatismo, la membrana puede inflamarse sin participación de la caja; pierde su traslucidez, su triángulo luminoso; deja de reconocerse el mango; la opacidad es total, con rubicundez mate y manchas de exudado ó de epidermis desprendido; una gota de moco-pus brilla en el sitio de la rozadura ó del desgarro, hay hiperacusia, otalgia, sordera relativa por el aire; por medio de los baños antisépticos y de las curas precedentes, todo se cura en cinco ó diez días.

La *dermitis á frigore* se calma con algunas fumigaciones (infusión de *eucalipto)*, con una bolita de algodón mojada con *bálsamo tranquilo*, y si no hay herida, por instilaciones templadas de una solución ligera de *cocaína* (1 por 20). En los artríticos, la otitis supratimpánica ó del ático comienza muchas veces en esta forma. Las alteraciones sufridas por el tímpano son consecutivas en su mayoría á las enfermedades de la cavidad timpánica; trataremos, pues, de ellas al ocuparnos de dichos procesos (véase *Otitis crónica supurativa, perforación del tímpano, rebtandecimiento, engrosamiento, induración,* etc., etc.). La *miringitis parasitaria* (aspergillus) cede con los baños templados de *sublimado* (1 por 1000) y con los toques con las soluciones *pícricas* ó *crómicas* diluídas.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO DE LA OTITIS MEDIA AGUDA SIMPLE NO SUPURATIVA

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales sobre las enfermedades del oído medio

El oído medio comprende la trompa de Eustaquio, la caja timpánica y las cavidades mastoideas (antro y células).

Esta división anatómica separa tres cavidades comunicantes, que la patología y la patogenia reunen á cada instante en el mismo proceso.

Así es que la terapéutica, que parece va dirigida á una de estas partes del oído en particular, tiene una acción general; si se trata la trompa, es seguro que la caja beneficiará con ello y recíprocamente; lo mismo sucede para las células de la apófisis mastoides y viceversa.

Así, pues, para evitar repeticiones, creemos que es ventajoso reunir los diversos tratamientos y agruparlos con el título: afecciones del oído medio.

La extracción de los cuerpos extraños del oído medio se ha tratado en el capítulo de los cuerpos extraños del conducto. El tratamiento de los traumatismos del oído medio se describirá suficientemente con motivo de las múltiples operaciones quirúrgicas que se practican en el órgano del oído.

La terapéutica de las afecciones inflamatorias se estudiará en las formas agudas y crónicas; se admiten dos divisiones principales según sean ó no supurativas.

II

Tratamiento de la otitis media aguda simple no supurativa

A.—En los casos más sencillos (catarro agudo) el oído sufre poco, y sobre todo hay dificultad de la circulación del aire; la trompa está cerrada por la tumefacción de la mucosa nasofaríngea y lo más importante del tratamiento se dirigirá contra la afección catarral inicial de las fosas nasales. De este modo se obtiene muchas veces la retrocesión del proceso, y sea cual fuere la causa, local ó general, se detiene su evolución invasora hacia la caja; lo mismo sucederá cuando el mal haya empezado por una amigdalitis intertubárica (adenoiditis).

La infección, por ligera que sea, desempeña un papel etiológico importante; ha de aseptizarse la faringe nasal.

Así se prescribirán *fumigaciones* nasales de infusiones de plantas aromáticas, á las que se ha añadido algunas cucharadas de la *solución fenicada* (al 1 por 500); vahos de infusiones calientes de *te negro*, de *hojas de eucalipto*, de *centaura menor*, de cocimientos débiles de *colombo*, de *cuasia amarga*, ya solos, para facilitar la crisis secretoria, ya con la adición de *sal marina* y de *sulfato de sosa* (fórmula del suero artificial) ó también de *ácido bórico* ó de *alcohol bórico;* y, si hay dolor, de *leche hervida* (1/4), y de *agua de Vichy* (Hauterive) (3/4) templados.

La pulverización intranasal de *aceite de vaselina* aséptico, con *mentol* al 1 por 20; las insuflaciones y las aspiraciones de los polvos calmantes siguientes:

A	Polvo de subnitrato de bismuto.	10 gramos
	— fino de ácido bórico.	4 —
	— de mentol.	0 gr. 50

M. s. a.

ó si hay mucha dificultad en la respiración:

B	Polvo de clorhidrato de cocaína.	0 gr. 50
	— de azúcar de leche.	5 gramos
	— de alcanfor.	10 —

M. s. a.

ó en caso de cefalalgia frontal:

C	Polvo de sulfato de morfina.	0 gr. 05
	— de ácido bórico	10 gramos
	— de subnitrato de bismuto.	5 —

M. s. a

Por la noche se introducirá en la nariz y aspirará una cantidad como un guisante de la pomada:

D	Vaselina pura.	30 gramos
	Mentol	0 gr. 50 á 1 gramo
	Acido bórico	2 gramos

M. s. a.

Si se trata de reprimir un flujo nasal habitual ó recidivante, se aconsejarán los polvos de *traumatol*, de *aristol*, de *tanino* ó de *alumbre* en insuflaciones después de las irrigaciones nasales ó consecutivamente á la limpieza de las fosas nasales con un pincel empapado en las soluciones diluídas *fenicadas*, *bóricas*, de *antipirina* (1 por 30), de *permanganato de cal* (2 por 1000), de *fluoruro de calcio* (10 por 1000).

En los niños de teta, se ordenará que se limpien las fosas nasales por la ducha de aire practicada con la pera de aire adaptada á una ventana nasal dejando la otra ventana abierta; de esta manera se suena á los recién nacidos y niños de tierna edad, después de haber introducido en su nariz algunas gotas de agua hervida por medio de una cuchara caliente.

Este tratamiento nasal es indispensable para la cura y se repetirá varias veces al día.

B.—Si no hay más que hiperemia ligera, poco dolor y poca reacción, basta el reposo en la habitación, una sudación por medio de bebidas calientes y aromáticas y algunos baños de oído (agua hervida templada vertida en el conducto mediante una cuchara caliente y retenida durante diez minutos); ó bien cubrir la oreja con muselina mojada y secada después, que se recubre con tafetán engomado; el todo se sostiene con una venda. Si no cesa el dolor, se prescribirá 1 gramo ó 2 de antipirina, ó una dosis bastante fuerte de sulfato de quinina, $0^{gr},75$ en dos veces.

Si el tímpano está rojo y abombado y si los dolores son paroxísticos á la tarde ó á la noche, con fiebre, insomnio, del cuarto al quinto día, la resolución todavía es posible por estos medios; se añadirá una infusión de hojas de *jaborandi* (4 gramos por 250 de agua); ó una píldora de *nitrato de pilocarpina* ($0^{gr},02$ y miga de pan c. s.) para tomar por la mañana en la cama, en ayunas; la crisis sudoral produce un alivio notable. Se prescribirá la *antipirina* (1 á 2 gramos á la noche) y el *sulfato de quinina* durante varios días (3 obleas de á $0^{gr},25$) si es necesario. En el conducto se verterán algunas gotas de *glicerina fenicada* al quinto ó al décimo, que muchas veces son sedantes y resolutivas. Puede prescribirse tam-

bién como calmante más activo, después del baño ótico, la instilación de algunas gotas de la mixtura siguiente:

Sulfato de atropina	0 gr. 05
— de morfina	0 gr. 20
Agua.	20 gramos

Disuélvase.

que se verterán en el conducto con una cuchara caliente; déjese y tápese con una torunda de algodón.

C.—Desde que el aumento de los signos locales y la persistencia de la reacción ponen de manifiesto la marcha progresiva de la inflamación, del séptimo al décimo día, á pesar de continuar aplicando los cuidados indicados, no hay que vacilar, la trompa está cerrada; detrás del tímpano, más ó menos abombado y saliente, se ha producido un exudado; la inflamación de la caja es total; hay que obrar por esta parte mediante una *incisión del tímpano*, cuyo aspecto es significativo. Esta operación tiene una acción á la vez sedante y resolutiva sobre el proceso que amenaza.

III

Miringotomía ó paracentesis del tímpano

En semejante caso, no debe hacerse una punción simple, sino una incisión, única cosa que dará el resultado apetecido.

La punción simple con una punta triangular se reserva para la abertura de las simples ampollas ó grandes vesículas que se desarrollan en el fondo del conducto y en el tímpano en ciertas formas de otitis infecciosas.

Antes de operar debe practicarse la asepsia del conducto auditivo, y siempre que sea posible se limpiarán las fosas nasales.

A.—ASEPSIA DEL CONDUCTO AUDITIVO

Una vez hecho aséptico por los lavados y las curas precedentes, el conducto se limpiará por medio de una torunda de algodón sujeta al extremo de un estilete y mojada con *licor de van Swieten* caliente, ó con la solución de *fenosalil* (1 por 100) ó bien con *agua oxigenada* (de 12 volúmenes); para que sea templada, la torunda de algodón se pasa por la llama de la lámpara de alcohol.

B.—ANESTESIA DEL TÍMPANO

La incisión es en extremo dolorosa; podrá evitarse en gran parte el dolor, vertiendo anticipadamente en el conducto por medio de una cuchara caliente algunas gotas de la solución de *cocaína* recientemente preparada al quinto, teniendo el paciente la cabeza recostada horizontalmente.

Si hay alguna vesícula abierta ó alguna porción de epidermis desprendida, esto es suficiente para asegurar la acción analgésica del medicamento; si no, el efecto, aun del baño prolongado durante diez minutos, es muy problemático.

Sin embargo, muchas veces, operando rápidamente, la incisión es bien tolerada; ya no existen los temores ó aprensiones que se tenían de esperar demasiado tiempo.

Para ciertas naturalezas impresionables, y sobre todo en los niños, el *bromuro de etilo* puede ser un gran recurso; siempre se tendrá el de *cloroformizar* al enfermo indócil ó pusilánime.

Hay que prever, pues, en la práctica urbana la necesidad de tener ayudantes, sobre todo para los niños; son indispensables para los individuos de más de diez años.

C.—PREPARATIVOS; AYUDANTES.—POSICIÓN DEL PACIENTE.—ASEPSIA DEL OPERADOR.—ASEPSIA DE LOS INSTRUMENTOS.—ILUMINACIÓN

En un sitio obscuro de la habitación se coloca una mesa, encima de la cual se pone una lámpara que dé luz intensa, sin globo ni pantalla. Una lámpara eléctrica de un aparato portátil es muy útil y muy práctica. El paciente se sienta delante de la mesa de espaldas á la misma y á la luz. De este modo no puede ver colocados los instrumentos, la lámpara de alcohol encendida, el agua oxigenada, el licor de van Swieten, una vasija vacía para poner las torundas sucias, el frasco de cocaína al quinto, otro al vigésimo, algodón hidrófilo y la solución de fenosalil para la cura; todo esto al alcance del operador.

La cabeza del paciente se inclina hacia el lado sano y se apoya en un ayudante, el cual con una mano en la frente y otra en el occipucio, la sostiene inmóvil.

Si es un niño, el ayudante lo coloca encima de sus rodillas, le sujeta sus piernas entre las suyas; coge fuertemente sus manos con la mano

izquierda, mientras que con la derecha sostiene la cabeza del operado aplicada sobre el pecho y fija.

A falta de ayudante, hacemos envolver al niño con una sábana, los brazos sujetos á lo largo del cuerpo y las piernas enroscadas entre los pliegues; el médico de la familia, ó una persona cualquiera, puede tener al niño inmóvil en esta posición; la operación por otra parte es de las más rápidas y los preparativos mucho más largos que la acción *manu armata;* con el pretexto de un examen, se obtiene la docilidad del paciente.

D. — TÉCNICA OPERATORIA

Todos los instrumentos se han aseptizado en el agua hirviendo ó en la estufa (espéculo lleno, cuchillo de hoja recta con mango de bayoneta, estiletes porta-algodones rectos y en bayoneta, pinzas finas de dientes y acodadas; pinzas de Duplay, tubo y embocadura de vidrio para la pera de aire, etc.); el paciente está de espaldas y no ve ninguno de estos detalles.

El operador, sentado del lado del oído que debe operarse (el izquierdo para esta descripción), ilumina el reflector frontal con la luz de la lámpara inmediata ó con la lámpara eléctrica adaptada al mismo.

El *speculum auris*, pasado por la llama, se introduce suavemente, dándole vueltas con los dedos de la mano izquierda; se ha elegido el *más grande que se pueda* y se *introduce lo más profundamente posible* para obtener una buena iluminación (de Trœltsch). El tímpano enfermo aparece claramente en el fondo.

Inmediatamente se enjuga el fondo, se seca; después el operador coge el cuchillo elegido, lo pasa por la llama sin que lo advierta el paciente, previene al ayudante por medio de una señal é introduce la hoja en el conducto atravesando la luz del espéculo; la luz reflejada es la que se utiliza para todos estos movimientos.

Para lo que sigue, vamos con mayor lentitud.

El cuchillo es de hoja recta, su tallo fijo está acodado en forma de bayoneta, la parte gruesa del mango corta, y todo sin aristas ni articulaciones para que pueda aseptizarse mejor (bolsa de Simal por Gellé).

El filo de la hoja se dirige hacia arriba; la bayoneta coloca la mano que opera fuera del espéculo y de la visual, dejando libre en absoluto el campo operatorio con el tímpano y el conducto bien á la vista.

La hoja se desliza paralelamente á la pared inferior del espéculo y del conducto, siguiéndole la luz y la vista.

La punta se clava en la membrana oblicua, penetra hacia abajo, saliendo por fuera y arriba y se hunde en el tejido timpánico.

Cuanto más ha durado la afección aguda, menos perceptible es la penetración del bisturí; en los casos operados tardiamente la vista sirve de guía á la mano, de tan flácido y blando como es el tejido; en las formas plásticas y en las recidivas, al contrario, muchas veces se produce la sensación de resistencia de una substancia densa, dura, durante la sección (tímpano indurado, escleroso, otitis recidivante).

Una vez se ha introducido la punta, la hoja se dirige de abajo arriba, y corta el segmento posterior del tabique por detrás del mango; la sección debe llegar hasta el marco.

Siendo enorme la oblicuidad del tímpano, gracias al abombamiento de su cuarto superior y posterior hacia fuera, el cuchillo no abandona este tejido, y la incisión de abajo arriba secciona necesariamente toda la superficie, á pesar de los retrocesos inevitables del paciente; mientras que si la incisión se hiciese de arriba abajo, necesariamente sería incompleta, porque la hoja saldría demasiado pronto del tejido timpánico oblicuo, que, situado á mayor profundidad hacia abajo, se libraría de la sección.

Recomendamos que durante la operación se tengan en contacto con la cabeza del paciente los últimos dedos de la mano que opera, para que sirvan de punto de apoyo y para seguir los movimientos instintivos que no siempre pueden evitar los ayudantes.

El dolor operatorio siempre es vivo, aun bajo la acción de la anestesia cocaínica; la simple punción es tan dolorosa y menos útil.

E. — CUIDADOS INMEDIATOS

Una vez hecha la incisión, se practica un Politzer para expulsar todos los exudados á través de la abertura; esto se facilitará vertiendo en el conducto auditivo algunas gotas de agua templada (hervida). Con el algodón en el extremo del estilete se seca el conducto; después se aseptiza con algodón empapado de *agua oxigenada*.

Se observa á veces que el líquido frío calma el dolor. El pabellón se seca con algodón mojado en la solución de *sublimado* al 1 por 1000, caliente; hecho esto, el operador introduce una mecha de algodón mojado con el *fenosalil* al 1 por 100, lo más próximo posible á la herida reciente, y se deja aplicada esta cura. Se llena la concha con algodón seco ó mojado del mismo líquido; después se coloca detrás del pabellón una buena cantidad de este algodón mojado y exprimido, y otra porción cubre

la oreja y la región temporal; todo está sostenido por una cinta de muselina igualmente mojada y exprimida (solución saturada de *nitrato de potasa, agua fenicada* al 1 por 1000, *agua bórica* al 40 por 1000). Si no hay catarro, los líquidos serán fríos.

F. — CUIDADOS CONSECUTIVOS. — RESULTADOS OPERATORIOS

El dolor cesa con bastante rapidez, los niños descansan en seguida y los nerviosos se aliviarán con una poción calmante y el *bromuro de potasio* (3 gramos).

Puede prescribirse siempre un calmante para la noche siguiente; pero el alivio en general es rápido. La resolución tiene lugar en una semana; del octavo al duodécimo día todo ha terminado.

La incisión es sedante del dolor y resolutiva de la inflamación; además protege la audición. Desde este punto de vista, nada mejor que esta intervención, porque determina la pronta resolución de la otitis aguda; además *cuanto más tardía ha sido la incisión, más tarda en mejorar la audición* y más deja que desear en lo sucesivo.

Se renueva el apósito cada día; cada vez es necesaria la inspección, y la insuflación de aire por medio de la pera debe acompañar á cada baño-lavado.

Las curas deberán continuarse durante algunos días después que el oído se ha dejado libre de sus vendas y algodones.

Es bueno vigilar la ventilación de la caja durante unos quince días después de haberse cicatrizado todo, para evitar la procidencia del tímpano hacia adentro.

Más adelante hablaremos de la terminación por supuración.

CAPITULO X

TRATAMIENTO DE LA OTITIS AGUDA FLEMONOSA SUPURATIVA

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

Es la otitis infecciosa en la que están interesados á la vez el hueso (peñasco), la mucosa (de la caja y de las células mastoideas) y el periostio submucoso.

Generalización á todos los tejidos, con extensión rápida ó invasión simultánea de las diversas partes del órgano (continente y contenido), supuración precoz, infección general ó bilateral frecuentes, tales son los caracteres de esta forma específica de infección auricular, primitiva ó consecutiva á las infecciones microbianas contiguas ó vasculares.

La otitis supurativa se convierte en este caso en un accidente de una osteoperiostitis ú osteomielitis infecciosa del peñasco.

Invasión microbiana ó determinación diatésica, la marcha invasora y rápida y la supuración inevitable, son sus caracteres claros y evidentes; su gravedad está en relación con esta marcha.

Se explica todavía mejor por las condiciones de su desarrollo: la otitis aguda infecciosa específica es una complicación de las fiebres eruptivas, tifoidea, de las infecciones generales (grippe), de las erisipelas, de los estados discrásicos, del agotamiento, de la convalecencia de enfermedades sépticas, etc.; de esto depende su gravedad y su tendencia á la difusión.

II

Tratamiento

A. — ANTES DE LA SUPURACIÓN

El dolor, el elemento infeccioso, la presencia de pus, la marcha invasora, por etapas, ó la multiplicidad de los puntos simultáneamente inflamados, he aquí otras tantas indicaciones para la terapéutica, que debe estar á la altura de una lucha tan seria, pues la vida del individuo, con tanta frecuencia como el sentido del oído, corre peligro.

Primero hay que calmar el dolor, con frecuencia atroz; con este objeto se ordenarán baños templados prolongados, vertidos en el oído por medio de una cuchara caliente (agua hervida, *cocimiento de adormideras*, filtrado); embrocaciones, irrigaciones calientes (infusión de *manzanilla)* alrededor de la región ótica, y aplicaciones de muselina mojada en agua caliente (40°); después instilaciones de soluciones calmantes calientes, soluciones de *morfina*, de *cocaína*, de *atropina*, concentradas.

Si el dolor no cede, deben reemplazarse rápidamente os tópicos calientes por los refrigerantes; el *agua helada* (compresas mojadas, con algunos pedacitos de hielo retenidos entre las muselinas); *hielo* machacado y colocado en pequeñas vejigas ó sacos; tubos de Leiter arrollados en la región mastoidea; sin embargo, el conducto auditivo se tiene cerrado y protegido contra la introducción de los líquidos fríos.

Además hay que cubrir de refrigerantes en capas gruesas la mitad de la cabeza, las regiones ótica, mastoidea, parotídea, sublobular y el cuello hasta la nuca y al nivel de la laringe; de este modo toda la región auricular está sometida á la refrigeración continua.

A veces el dolor y la fluxión inflamatoria se rebajan de un modo excelente con la aplicación de algunas *sanguijuelas* (cuatro ó seis, Gruber), en la región mastoidea, si el individuo es robusto y vigoroso.

Los tópicos calmantes están indicados á dosis muy fuertes, en tanto que no haya herida. Se verterán en el conducto algunas gotas de la mixtura siguiente, templada, por medio de una cuchara caliente, y se retendrá con algodón también mojado:

Uso externo	Glicerina pura neutra.	20 gramos
	Clorhidrato de morfina.	0 gr. 30
	Sulfato de atropina.	0 gr. 05

Disuélvase.

ó	Agua destilada.	4 gramos
	Tintura de opio.	3 —

M. s. a. POLITZER

No somos partidarios de los aceites, ni del bálsamo tranquilo, muy calmantes, porque ensucian el conducto y dificultan la acción de los antisépticos. La *antipirina*, en obleas de 1 gramo, se administrará con abundancia por la noche. El *sulfato de quinina*, á dosis elevadas, 1 gramo, en obleas de 0gr,30 cada tres horas, desde la mañana.

Este conjunto de medios basta muchas veces para calmar la fiebre y el dolor, para procurar el sueño, disminuir la fluxión y preservar las células mastoideas.

Una poción *cloralada* ó *bromurada* es necesaria á veces para obtener una sedación del dolor y la debilidad consecutiva al insomnio.

Zaufal recomienda la cura con algodón mojado en la solución siguiente (50°) con el que se cubre la oreja y la región periótica:

Uso externo	Alumbre.	1 gramo
	Acetato de plomo.	5 gramos
	Agua destilada.	1 litro

Disuélvase.

Después se envolverá todo con una batista impermeable ó con tafetán engomado, ó tiras que sostengan sólidamente el apósito.

Empleamos el *agua fenicada* (1 por 1000), y la *glicerina fenicada* con el mismo objeto, para cubrir de algodón el oído y todo el lado de la cara y del cuello, ya en caliente, ya, con más frecuencia, en frío.

Para esto hay que tener cuidado de poner una buena cantidad de este algodón húmedo detrás del pabellón y otra delante de éste; de este modo la compresión no es dolorosa y puede soportarse bien el decúbito del lado enfermo.

Por la frecuente inspección del oído se vigilará la evolución de la otitis. Desde que el tímpano se presenta rojo, tenso, mate, seco, prominente formando una abolladura redondeada, no pudiéndose distinguir el mango y el triángulo, ocultos por la eminencia del cuadrante súpero-posterior, procidente en el conducto, rojo á su vez en su porción ósea; ó bien si la pared superior del conducto óseo, tensa, roja, abombada, desciende y tiende á ocultar la parte alta del tímpano, estrechando el fondo del

conducto, hay que intervenir con urgencia, sin esperar la abertura espontánea.

No repetiremos lo que hemos dicho acerca de la técnica de la operación y de los cuidados que deben observarse antes y después de la incisión timpánica.

Recomendamos particularmente que se practique *larga manu* y que se incinda también un poco la pared del conducto, pasando del marco timpánico; aconsejamos que se introduzca el bisturí profundamente y mejor que se hagan dos secciones paralelas ó en V, á fin de obtener una desobstrucción abundante y pronta seguida de una sedación rápida y segura.

Después es bueno obrar enérgicamente por medio de la ducha de aire para expulsar la sangre y el pus hacia fuera.—En la otitis aguda infecciosa específica, la simple punción es una falta.—Después se limpia el conducto por una ligera inyección de agua (hervida) templada. Durante una hora después de la incisión, queda dolorida la región, y el frío húmedo aplicado localmente es el mejor calmante; la torunda de algodón mojado en la solución fría de un antiséptico, llevada al fondo del conducto, calma el dolor con seguridad. Se baña después la parte con la solución ligeramente templada de *fenosalil* al centésimo, vertida con la cuchara; luego se cura con algodón mojado en el mismo líquido llevado en forma de pincel blando y largo hasta la sección y se deja aplicado.

Después se aplica en toda la región la cura refrigerante.

En general, se produce un alivio inmediato: cesan los dolores, la fiebre y el insomnio.

B.—DESPUÉS DE LA SUPURACIÓN

1.° Mas, si han transcurrido el octavo ó el décimo día, el aspecto del tímpano no es el mismo, pues ya existe supuración; la epidermis infiltrada ha caído á pedazos, la superficie del tímpano es de un color gris sucio y ligeramente húmeda y en ciertos sitios chapeado de rojo obscuro; más adelante todavía, está desfigurado; parece papel mascado, húmedo y que rezuma; la supuración se infiltra y destruye; hay que incindir pronto este tejido blando en el que el cuchillo no encuentra ninguna resistencia.

2.° *Signos de retención.*—Otras veces, al ser consultados, ya se ha practicado la perforación; se produce espontáneamente un alivio transitorio; pero bien pronto una crisis, seguida de nuevas crisis dolorosas, de latido en el oído, fiebre, insomnio y calor periótico, anuncia que hay retención de pus ó propagación á las inmediaciones (antro y células mastoideas).

3.° *Tímpano saliente en forma de culo de pollo.*—La exploración pone de manifiesto la perforación estrecha, en el vértice de un cono blando, de la que rezuma un poco de pus, que sale en mayor cantidad por la ducha de aire; la indicación es precisa, hay que reparar el tiempo perdido é incindir ampliamente, tanto más cuanto con frecuencia ya se han formado fungosidades en la caja, que conviene destruir con cuidado, sin lo cual la supuración se eternizaría.

4.° *Cicatrización de la incisión.*—Otras veces es el tímpano grueso y denso como un muro que se cicatriza en algunos días y se opone á la salida del pus, á pesar de las insuflaciones de aire.

A veces es preciso repetir la incisión, y se comprende que haya interés en hacerla múltiple, amplia y á colgajos; la ducha de aire es indispensable en las curas cotidianas para expulsar los grumos de pus y conservar abierta la herida.

5.° *Falsa resolución.—Repetición.*—Después de parecer que ha cesado (segunda y tercera semana), después de una mejoría engañosa en el estado local, así como en el estado general del paciente, no es raro, en estas formas infecciosas, asistir á una reaparición agresiva de todos los síntomas inflamatorios; esto se explica bien por la formación de focos más distantes ó aislados, y sobre todo por la supuración sucesiva y más tardía de las cavidades anejas. La salida no es posible más que por la caja y el conducto, vías insuficientes desde que supuran las cavidades mastoideas, y esta salida puede cerrarse á nivel de la caja ó del aditus (Politzer).

6.° *Invasión de las células mastoideas.*—En estos brotes febriles con cefalalgia, escalofríos, dolores locales que van aumentando, etc., si se percibe que la región mastoidea se pone tensa, roja, caliente, dolorosa espontáneamente ó á la presión, si el pus sale á oleadas ó, al contrario, deja de fluir por el conducto, se puede estar seguro, no de la supuración intramastoidea, que siempre existe en esta fecha, sino de la retención del pus en la apófisis y de la formación de un foco infeccioso, del que se propagan nuevas invasiones microbianas.

Es un momento grave; el paciente y los suyos deben estar advertidos del peligro. Cuando el aspecto de la apófisis no ha cambiado (caso frecuente), es difícil hacer admitir la urgencia de una intervención. Sin embargo, en algunas horas puede llegar á ser peligroso el retardar la abertura de las células mastoideas hasta el antro.

Cuando el enfermo no se presenta hasta después de varias semanas con motivo de una nueva crisis, hay que saber que éstas entonces no cesan sino incompleta y transitoriamente después de las incisiones timpánicas. La reaparición de estos brotes infecciosos demuestran á los me-

nos prevenidos que las células mastoideas están llenas de fungosidades y de pus, que se ha fraguado allí una cavidad desgraciadamente cerrada por una muralla ósea, que no debe tardarse en abrir, vaciar y aseptizar (operación de la abertura de las células mastoideas y del antro) so pena de infección general.

1.° Indicaciones y contraindicaciones de la abertura de las células mastoideas

¿Y si no se abren las células mastoideas en semejante caso? El enfermo, que rehusa la operación, se coloca entonces, indudablemente, al borde del sepulcro, próximo á caer, pues detrás de la región mastoidea poco ó nada modificada en su forma ni en su aspecto, hay un absceso más ó menos vasto que ya no puede vaciarse por la caja ó por rebosamiento y que los tópicos no pueden curar; es, pues, una amenaza constante y el punto de partida fatal de las infecciones más graves, ya vasculares (senos), ya meníngeas ó generales (piohemia), ya también cerebral y á corto plazo, si esta grave situación se ignora ó se prolonga imprudentemente.

En las otitis agudas de marcha invasora que presentan los caracteres del flemón difuso, con escalofríos, temperaturas elevadas, de 40 á 41°, infarto del cuello, cefalalgia, subdelirio ó fenómenos de colapso (postración ó excitación), hay que obrar desde la aparición de los síntomas, y al mismo tiempo que se abrirá ampliamente el tímpano ó que se renovarán las incisiones, se practicará, aun desde el octavo día, la abertura de las células y del antro mastoideo, único medio que puede detener todavía la marcha terrible de los accidentes.

Esta es la conducta recomendada por Politzer, Zaufal, Lœwenberg, Duplay, Schwartze, Gellé, etc., etc., y seguida por todos los auristas; la reciente epidemia de grippe ha demostrado cuán recomendable es esta práctica.

En realidad se trata de cuidar una *osteomielitis supurada infecciosa;* es urgente abrir el foco, rasparlo, drenarlo y aseptizarlo, únicos medios de detener la invasión microbiana expansiva.

2.° Inyecciones por la trompa

Sin duda sería imprudente los primeros días hacer irrigaciones por la trompa en la caja abierta; pero más tarde, desaparecido el eretismo, y siendo las vías más accesibles, hay que ocuparse sobre todo de la supuración, que debe expulsarse constantemente hacia afuera; y las inyecciones

por la trompa son un medio excelente para quitar el exudado, sanear las cavidades inundadas y quitar el pus á través de la perforación.

Pueden inyectarse por la trompa, una ó dos veces al día, las soluciones templadas de *resorcina* al 2 ó 3 por 100; de *lisol* al 1/2 por 100; de *fenosalil* al 1 ó 2 por 100, de *alcohol bórico* diluído en agua hervida; de agua hervida con la adición de *ácido bórico* al 40 por 1000. Politzer emplea una sonda de mucha curvadura que hace penetrar en el pabellón de la trompa con cierta fuerza; con una jeringa (de 25 gramos), introducida en el pabellón del catéter, proyecta la solución en el oído (de la misma manera que para la vaselina).

Al mismo tiempo será bueno hacer en el conducto, por medio de cánulas finas, inyecciones detersivas de los mismos líquidos, por la perforación timpánica abierta, auxiliado por el *speculum auris* y el reflector.

3.º Fungosidades. — Desprendimiento del tímpano del marco. — Orificio estrecho

Con bastante rapidez en ciertos individuos las superficies supurantes vegetan y se ponen fungosas; las fungosidades pueden obstruir la perforación é impedir la salida del pus. Puede reprimirse esta vegetación por el *nitrato de plata* ó el polvo de *alumbre*, el *cloruro de cinc* al $^1/_{10}$ ó también con los toques por medio de un pincel mojado con *percloruro de hierro*. Se vigilará el efecto los días sucesivos; ha de procurarse que no se formen costras ni concreciones que taparían la perforación. Se observarán también prudentemente los efectos del baño de *alcohol bórico*, muy útil también en tales circunstancias, pero puede causar el mismo peligro, la retención, cerrando demasiado pronto la perforación ya estrecha.

Debe conservarse libre esta vía timpánica, que se cicatriza espontáneamente desde que cesa la supuración (Politzer repetidos, toques, lavados). Sabido es que las perforaciones espontáneas tienen mucha tendencia á persistir si la supuración no se agota pronto (véase *Otorrea*).

III

Tratamiento de la otitis supurativa en los niños

El 90 por 100 de sordos, sean ó no otorreicos, que acuden á la consulta en la edad adulta por una sordera debida muchas veces á una esclerosis incurable, no lo serían si se hubiera tratado en su infancia la lesión en sus principios.

Para evitar la sordera deben cuidarse los oídos en la infancia.

Pero el diagnóstico en esta edad es difícil; la otitis tiene un aspecto meningítico, adquiere una forma como de meningismo; y, demasiadas veces también, la meningitis la complica (convulsiones, delirio, debilidad de piernas, etc). Así, pues, en medio de los síntomas de sarampión, de una escarlatina, de una neumonía, de una angina grave, no se olvidará este órgano oculto, el oído.

El delirio tiene una forma terrorífica, paroxística, vertiginosa; hay manifiestamente dolor, que los gritos indican y que aumenta con los cambios que se imprimen á la cabeza (signo muy serio); el niño agita continuamente la cabeza sobre la almohada, teme los movimientos; se nota estrabismo y rechinamiento de dientes. Durante la noche tiene crisis de agitación; en el delirio el niño se agarra fuertemente, como si temiera caer, como si tuviera miedo, con la cara aterrada y dando gritos de terror más que de dolor. Muchas veces hay rigidez del cuello (músculos de la nuca) ó tortícolis, y los ganglios del cuello (cordón vascular) están tumefactos y dolorosos á la presión. A veces al declinar la fiebre, en la convalecencia, aparece una parotiditis supurada ó un flujo del oído. Cuando se restablece la calma, cesa la fiebre y se cree que todo ha terminado; grave equivocación, pues *en este momento es cuando hay que cuidar el oído* y la audición del niño. Más adelante la familia se preocupa de encontrarlo distraído, atrasado, lento en hablar; es sordo y se convierte en sordo-mudo.

Con de Tröltsch, Hartmann, etc., desde el principio creemos necesaria una intervención activa y la exploración repetida de los oídos. Con Constantino Paul hemos asistido á la desaparición mágica del cuadro sintomático de la meningitis aguda, después de la paracentesis; es una operación indispensable en estas circunstancias; es á la vez el resolutivo y el calmante por excelencia; si hay pus, la mejoría se obtiene pronto y el alivio es rápido.

Sin embargo, tanto en el caso de resolución, como después de la supuración, no hay que descuidar el examen de los órganos auditivos, que la enfermedad ha dejado infartados, reblandecidos, con los tímpanos gruesos, hundidos, las trompas poco libres; las fungosidades se desarrollan, en efecto, muy fácilmente en el niño y sostienen la supuración.

Nadie ignora cuán difícil es el medir ó graduar el oído de los niños. Durante mucho tiempo, pues, se vigilarán los progresos de la audición; se ventilará la caja y se aseptizará el conducto, sitio frecuente de infecciones consecutivas. Las irrigaciones de líquidos antisépticos, cicatrizantes, astringentes, las aplicaciones ligeramente cáusticas con un pincel, las curas deben hacerse diariamente, según la evolución de la afección y según los

principios adoptados para el adulto (*gasa yodofórmica*, solución de *fenosalil*, baños é inyecciones de *nitrato de plata* al 1 por 500, etc.).

Una vez desaparecidas las fungosidades de la caja, una otorrea inagotable debe hacer pensar en la supuración del antro, gran célula mastoidea que viene á constituir un foco de infección difícil de tratar por el conducto auditivo, y, según la edad, en un absceso intramastoideo. Para terminar, no podemos menos de aconsejar que se lleven en brazos á los niños de tierna edad y de quitar con el Politzer los exudados formados en la caja, que sólo se evacuan por rebosamiento por el meato; el decúbito será sobre el órgano enfermo para facilitar la salida del pus. En los niños las irrigaciones deben hacerse por medio de tubos de desagüe finos que se introducen hasta el tímpano; de este modo se está seguro de llevar sin presión el chorro en contacto con las partes enfermas. La limpieza en seco y las curas con algodón hidrófilo mojado en la solución de fenosalil al centésimo, como en el adulto, se repetirán en proporción de la abundancia de la supuración para evitar las infecciones consecutivas de la piel de las inmediaciones y del conducto.

CAPITULO XI

TRATAMIENTO DE LA SUPURACIÓN CRÓNICA DEL OÍDO (OTORREA)

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

Un estado general malo, un estado diatésico, el crecimiento, una gestación, una serie sucesiva de enfermedades graves, la miseria fisiológica consecutiva, todas las causas físicas y morales debilitantes suelen acompañar á las lesiones profundas de la caja, á la necrosis del peñasco, á la dificultad de la salida de los exudados, á las fungosidades, á la persistencia y á la abertura tardía de las colecciones aisladas, ya en las células mastoideas, ya en cavidades óseas separadas, tales son las condiciones que explican la resistencia á los cuidados, la duración prolongada, la recidiva y el paso al estado crónico de las supuraciones auriculares; puede á ello añadirse los cuidados tardíos ó mal aplicados. Por último, hay que añadir una preocupación ridícula, enorme, homicida, vulgar y hasta médica, muy extendida, que hace considerar como útiles las supuraciones óticas y peligrosa su supresión. Y se han dado médicos que se han atrevido á decir: ¡Conservad vuestro flujo! Los enfermos dicen: Estoy más enfermo cuando el flujo se suprime; y otros: Estoy más sordo y los ruidos son más fuertes.

En realidad, por la otorrea es por lo que se muere por el oído, y casi todos los abscesos intracraneales y cerebrales proceden de una otorrea.

Del foco permanente de infección derivan infecciones consecutivas,

infecciones microbianas, que deben temerse siempre ante una supuración crónica de las cavidades auricular y del peñasco.

La retención del pus es constante en las células mastoideas y en el antro mastoideo en toda supuración ótica aguda ó crónica.—El ignorante (el médico de que hablaba) ve que el pus deja de fluir, y no ve la fungosidad que lo impide, el secuestro que tapa la vía de desagüe, la fístula obliterada por donde se vaciaba el foco intramastoideo, la brida ó la cicatriz, la adherencia que cierran el paso hacia fuera; más grave todavía, ignora la existencia del foco purulento ótico y tomará por una otitis aguda los accidentes febriles, signo de piohemia (40°, 41°).

La terapéutica de los flujos purulentos y de las supuraciones auriculares crónicas consiste principalmente en las curas cotidianas.

No deberá confiarse á los mismos enfermos. Los cuidados tópicos que éstos pueden aplicar son necesariamente muy incompletos. Pues bien, insistimos en que las curas deben estar en relación con la lesión ótica, variadas como ella y modificadas según la oportunidad de cada día; deben, pues, guiarse por el examen frecuente de las lesiones, su resistencia y sus complicaciones. Su elección depende de la investigación etiológica á que se ha entregado el médico especialista sobre los diversos estados anatomopatológicos, reliquias ó restos de enfermedades anteriores de lo que se originan indicaciones variables, urgentes, hasta apremiantes, y que el paciente y sus allegados no podrían comprender ni adivinar.

No olvidemos el tratamiento general, muchas veces indispensable, para obtener una mejoría ó evitar las recaídas (diabetes, gota, caquexia, etc.).

La persistencia de una supuración del oído medio indica la actividad continua, ó la reaparición, ó el refuerzo de la acción de la infección microbiana y la peligrosa receptividad del órgano y del organismo. La otorrea denuncia un foco de infección permanente, con la grave condición de que radica en medio de un hueso craneal (peñasco), cerca de los gruesos vasos de la base del cráneo (carótida, yugular, arteria meníngea), á pocos milímetros de las meninges, en contacto con el seno de la duramadre, en el que se vierten las corrientes venosas de la región supurante, corrientes infecciosas casi inevitables.

No debemos extrañarnos de que se muera por el oído, por la otorrea; unas veces son el cerebro, las meninges, las hemorragias mortales, otras veces las flebitis y la piohemia; la muerte súbita en el coma con frecuencia es de origen ótico. (Lermoyez vió 6 casos durante un año en el hospital de San Antonio).

Examen bacteriológico del pus.—Este examen tiene gran valor é importancia. Si el estudio bacteriológico del pus otorreico descubre la

presencia del bacilo de la tuberculosis, conoceremos bien la resistencia de la enfermedad y su porvenir; si se demuestra la presencia de estreptococo, hay que temer las complicaciones, la infección, la propagación á las regiones circunvecinas; se encuentran además el estafilococo, el neumococo, etc., según las condiciones etiológicas primitivas del proceso.

Sin embargo, este conocimiento microbiológico, interesante como noción de un lazo patogénico general, de naturaleza infecciosa, hasta ahora no ha conducido á una aplicación tópica ó general radical. La abundancia de las colonias por sí sola indica la urgencia de obrar enérgicamente sobre el foco y de aseptizar el oído. El porvenir, desde este punto de vista, pertenece á la seroterapia, todavía en sus comienzos. Las aplicaciones antisépticas, su acceso facilitado por todos los medios hasta el foco de supuración, la destrucción de éste, son las indicaciones principales.

II

Tratamiento tópico de la otorrea

Este tratamiento varía en absoluto según las condiciones anatomopatológicas creadas por los estados morbosos anteriores ó por los efectos consecutivos de la infección microbiana local.

Por esto hay que admirarse de ver confiar á los enfermos o á sus deudos los cuidados tópicos con que se contentan indefinidamente, siendo así que por necesidad han de ser variables, constantemente susceptibles de modificaciones, siendo siempre muy difíciles de aplicar y de llevar hasta un punto importante del órgano. Esta conducta de la terapéutica de la otorrea da á los pacientes la engañosa ilusión de que le tratan seriamente; la afección se eterniza, dejándoles á ellos solos árbitros de cambios oportunos: y por esto ¡cuántas sorpresas, cuántos desastres imprevistos! La otorrea es un absceso óseo ú osifluente, que transforma el órgano y su conducto en una fístula ósea, que conduce á un foco infeccioso intraóseo. Todas las indicaciones nacen de esta clara concepción.

El pus viene de lejos, de las celdillas mastoideas; muchas veces de la caja, del ático ó del conducto; pero la vía por la que fluye al exterior puede obstruirse fácilmente, bien en el seno de las celdillas mastoideas (absceso aislado), bien á nivel del aditus del antro, en el ático, ó también en el tabique timpánico más ó menos amplia y directamente perforado, bien, por último, á nivel del mismo conducto auditivo óseo. De aquí se despren-

de una indicación principal dirigida contra la amenaza de retención ó la insuficiencia de salida al exterior; es la abertura de las estenosis del conducto, la dilatación de las perforaciones del tímpano, el vaciar la caja, etc., etc., en toda otorrea, puesto que los cuidados tópicos, la limpieza y la aplicación de los antisépticos no son sin ello posibles. Por estos obstáculos es porque las irrigaciones comunes, prescritas con tanta frecuencia, no dan resultado, puesto que no llegan al sitio necesario.

A. — ESTENOSIS DEL CONDUCTO

El orificio del conducto puede estar estrechado por una cicatriz (tiro, quemadura); un agujero deja salir el pus, la estrechez puede ser más profunda y bastante reducida para causar intermitencias en la salida del pus, con crisis ó sin ellas. Con el estilete aséptico se penetra á través del orificio estrechado, con precaución, hasta la caja si es posible; se retira el estilete de botón cubierto de pus fétido ó de sangre si hay fungosidades; á veces se toca un secuestro saliente. Se ensaya luego ensanchar la estrechez, dilatar la estenosis, por medio de torundas de algodón más ó menos gruesas, mojadas en la solución de *sublimado* al milésimo. Esta dilatación puede obtenerse en una sola sesión lo suficiente para practicar un lavado; si hay necesidad, se emplea una cánula de metal fina para llevar líquidos antisépticos á la cavidad y limpiarla, y modificar sus paredes; esto basta muchas veces para reducir la obstrucción consecutiva del conducto; disminuye la tumefacción y muy pronto es posible la circulación de las irrigaciones, á la entrada y á la salida, sin dolor; la desinfección empieza desde entonces destruyendo las colonias microbianas y convirtiendo el terreno en perjudicial para los cultivos.

La dilatación puede conservarse con una torunda larga de *algodón salicilado*, *boricado* ó *sublimado* introducida lo más profundamente posible y dejada allí, ó bien por un tubo de desagüe del grosor de la vía obtenida.

En caso de que la estenosis resista en un punto del conducto, ó si hay un desprendimiento extenso, una propagación purulenta subperióstica, después del lavado antiséptico, se incindirá la tumefacción hasta el hueso, en el sentido del conducto auditivo; limpiado de pus, con la cánula fina podrá lavarse la cavidad abierta de este modo con las soluciones de *fenosalil* (1 por 100) ó de *sublimado* (1 por 1000) y después se curará con gasa *yodofórmica* colocada é introducida profundamente, ó con esta gasa introducida hasta el fondo y relleno de algodón sublimado; dos curas metódicas regulares al día; una capa de algodón seco en el orificio.

B. — FÍSTULA DEL CONDUCTO. — FÍSTULA DEL ÁTICO FÍSTULA MASTOIDEA

Otras veces el conducto está permeable y ancho, se reconoce el tímpano por completo, y no está perforado; el pus fluye por un agujero fistuloso, oculto muchas veces por una fungosidad que sangra, ya en la pared superior y más á menudo en la pared posterior ó mastoidea del conducto; se le reconoce por medio del estilete fino acodado aséptico que penetra en él é indica si el hueso está denudado en aquel punto. Así se explica la otorrea nocturna; el reservorio del pus es intramastoideo y se vacía por este agujero en el conducto; el foco mastoideo está aislado y debe atacarse directamente por la abertura de las celdillas mastoideas.

Cuando la fístula está situada por encima del marco timpánico, el pus fluye del ático; primero debe tratarse á través del tímpano, y si es necesario, por la pared externa del ático (véase más adelante).

C. — FÍSTULA TIMPÁNICA

Abierto el camino, se explora el tímpano, que en general se encuentra perforado en las otorreas, pero muy desigualmente.

Si la perforación es ancha, no debe buscarse en este sitio la causa de la persistencia de la supuración ótica; radica detrás de él, en el ático, en los huesecillos y con más frecuencia del lado del antro, ó bien en las lesiones óseas de las paredes timpánicas. Pero muchas veces se encuentra una perforación insuficiente, con retracción, soldadura del martillo, etc. El pus no atraviesa ya una cavidad como la caja del tímpano, sino un trayecto fistuloso, tortuoso, desigual en su forma, en su nivel y en su anchura, en el que se estanca y se apelotona, no saliendo sino por rebosamiento, y en el que, desarrollándose la menor fungosidad, ó concretándose el pus en masas compactas caseosas, le detienen y causan la retención tan peligrosa por momentos, pero sobre todo por determinar la incurabilidad de la supuración; es una fístula timpánica.

Además, en semejantes condiciones los cuidados son ilusorios; nada penetra hasta el foco del mal; las irrigaciones ordinarias lavan el conducto donde no hay nada.

Hay que abrir ampliamente el camino y descubrir el foco; si es intratimpánico, la curación duradera no se obtendrá sino de este modo; las curas no obrarán sino aplicadas directamente á los puntos enfermos.

Detrás de este tímpano grueso, deformado, fistuloso, adherente en ciertos puntos, hay huesos cariados, fungosidades, etc., que la cirugía auricular sabe tratar con éxito (véanse más adelante estas indicaciones). Estudiaremos sucesivamente los diversos casos que pueden presentarse y las indicaciones operatorias que de ello resultan.

1.° Limpieza por el conducto auditivo. — Irrigaciones. — Curas Líquidos medicamentosos

Abierto el camino, libre por parte del conducto auditivo, se explora el terreno, después de una primera limpieza en seco con una torunda de algodón hidrófilo en la punta de un estilete, ó después de un lavado; pero se secará siempre el fondo para que la inspección sea fácil y completa, ó durante el mismo transcurso de ésta, hecha con el espéculo y el reflector.

Se prescriben á los otorreicos irrigaciones, lavados, inyecciones por el conducto, destinadas á expulsar suavemente los exudados y después á aseptizar las superficies profundas. Debajo del pabellón se coloca un bol ó taza ó un recipiente cualquiera; el pabellón se tira hacia atrás y afuera para abrir y rectificar todo lo posible el conducto; á veces es útil colocar el espéculo para obtener un buen resultado.

El instrumento que se emplea es un inyector con bola, de caucho, fácil de aseptizar, ó un sifón de Weber con bola y espita, ó también una jeringa de vidrio de 125 á 250 gramos.

Puede utilizarse una embocadura ó espéculo de dos tubuladuras, que recibe el líquido por arriba y deja que salga por un orificio inferior, al que está adaptado un tubo de caucho; es un medio de elección para las irrigaciones con agua abundante.

En los niños, si hay estenosis, ó si el individuo tiene vértigo ó dolor, aconsejamos que se introduzca en el conducto un tubo de desagüe adaptado á la punta de una cánula cónica de vidrio unida al inyector ó bien un tubo de goma de pabellón ensanchado y de calibre muy inferior al del conducto que debe atravesar.

Estos instrumentos, aseptizados por la permanencia en la solución

de *fenosalil* al 1 por 100, en *cloroformo* ó en agua hirviendo, permiten que se lleve al fondo el líquido medicamentoso con toda seguridad; con esto es inútil lanzar el líquido con fuerza, lo que no deja de tener importancia, porque se evita el provocar el vértigo y el dolor, causas de supresión de las irrigaciones. Se emplean los más diversos líquidos: basta el *agua hervida*, el *agua salada*, el *agua bórica*, el *agua de mar* calientes; las aguas sulfurosas (*Challes, Saint-Honoré*, etc.); bituminosas de *Euzet*, de las *Fumades*, de la *Vallière* (brea); las infusiones de plantas aromáticas *(te negro)*, resolutivas (nogal) ó astringentes *(rosa de Provins)*. Se preferirán sobre todo las soluciones de *microcidina* (1 á 2 por 1000); de *sublimado* al 1 por 2000, de *tricloruro de yodo* al 1 por 2000; de *oxicianuro de mercurio* al 1 por 500; de *ácido crómico* al 1 por 100 ó 200, etc. Estas últimas inyecciones no se ordenarán si el líquido fluye demasiado fácilmente hacia la faringe á través de la perforación; tampoco se administrarán las soluciones calmantes, *morfinadas* ó de otra naturaleza, en los niños, en el mismo caso. He aquí otras fórmulas:

Ictiol.	10 gramos
Agua.	100 —

Disuélvase.

ó

Sacarina	1 gramo
Bicarbonato de sosa.	1 —
Alcohol.	200 gramos

Disuélvase.—Una cucharada de las de café, por un litro de agua.

Por poco estrecha que sea la perforación timpánica, hay que agrandarla por medio de incisiones cruciales, seguidas de toques con un pincel de algodón fino mojado en *percloruro de hierro* para obtener en dos días una vía amplia y una superficie puesta al descubierto suficientemente, tanto para un examen más profundo, como para facilitar el contacto de los líquidos medicamentosos con las superficies supurantes.

Según esta diversidad de condiciones anatomopatológicas, se comprende que estos cuidados no puedan confiarse en absoluto á los enfermos; hay que repetir que toda otorrea que resista á estos tópicos bien aplicados debe ser examinada de nuevo para modificar la cura y sobre todo para descubrir la causa de esta incurabilidad (soldadura, adherencias, caries, fungosidades, necrosis, etc.).

En el caso de perforación de mediana extensión, pero situada por encima del nivel del ombligo en la mitad superior del tímpano, hay que tomar nuevas disposiciones para alcanzar la caja y hacer penetrar en ella los antisépticos en suficiente cantidad; pero es raro que el individuo pueda emplearlos por sí mismo; son curas evidentemente médicas; sin embargo, hemos podido encontrar cierto número de individuos inteligentes que han curado gracias á la aplicación de la cánula fina, recta ó acodada (cánula de Hartmann) de metal ó de goma. Se introduce esta cánula en el área de la perforación, iluminando con el reflector y el espéculo del oído. Se adapta una jeringa de 5 á 10 gramos todo lo más y se introduce de este modo el *agua oxigenada* templada ó variadas soluciones antisépticas; el efecto curativo es rápidamente manifiesto cuando el aurista es el que opera.

Después del lavado de la caja y del conducto, se practica la antisepsia de las superficies limpiadas y detergidas. Se lleva al contacto de estas partes un pincel de algodón hidrófilo mojado en agua oxigenada (12 volúmenes), ó en la solución de *fenosalil* (1 por 100) ó de *sublimado* (1 por 1000).

Helme y Lermoyez emplean un pincel de algodón mojado en *alcohol* saturado de *ácido bórico*, que se ha encendido y apagado antes de carbonizarse; se obtiene así una antisepsia todo lo completa posible. Se cura luego, ya con la misma torunda de algodón introducida profundamente, ya con *gasa yodofórmica*, ó también con algodón hidrófilo empapado con *salol alcanforado*, *naftol alcanforado*, *glicerina fenicada*, etc. Se deja aplicada esta cura oclusiva.

Se ha recomendado, sobre todo en los niños, que se cure en dos tiempos. Se lleva al fondo una primera torunda de algodón ó de gasa, y se cubre con otra masa distinta.

Los deudos del enfermo deben adiestrarse á practicar estas curas de una manera antiséptica é inteligente.

El número de curas está en relación con la abundancia de las secreciones. Las más de las veces puede limitarse á cambiar á la tarde el algodón puesto por la mañana, después de un lavado igual. Las curas oclusivas con sublimado, yodoformo, etc., pueden ser más distanciadas, en invierno, en caso de excitación de las partes ó de producción de dolores.

Mientras se procede á los lavados, es importante aseptizar todo el pabellón y las regiones perióticas, frotándolas fuertemente con algodón mojado en la solución caliente de sublimado (1 por 1000) ó de fenosalil.

La solución de sublimado puede diluirse en dos, cuatro ó cinco veces su volumen de agua hervida caliente.

Solución. . .	Sublimado.	1 gramo
	Acido tartárico.	4 gramos
	Agua.	1 litro

Disuélvase.

2.° Lavados de la caja á través de la trompa
Líquidos y soluciones para inyectar. — Pulverizaciones

Según el sitio y la extensión de la pequeña perforación timpánica, hay regiones de la caja que difícilmente pueden hacerse accesibles por el conducto.

Para llegar á estos puntos difíciles de lavar, se hace la inyección á través de la trompa por medio del catéter, cuando la perforación asegura la salida del líquido.

Puede emplearse el agua hervida pura ó el agua ligeramente salada, templadas. Se obra expulsando el pus del ático ó parte supratimpánica de la caja, y pueden inyectarse igualmente soluciones medicamentosas con el fin de modificar las superficies y agotar las secreciones.

Se inyecta también las siguientes soluciones:

El hidrato de cloral al.	1 por 100
El yoduro de potasio al.	1 por 40
El bicarbonato de sosa al.	1 por 30
El tricloruro de yodo al.	1 por 2000
El fenosalil al.	1 por 200
El alcohol bórico.	en solución diluída
El lisol.	en solución al ½ por 100
La resorcina al.	2 ó 3 por 100
La microcidina.	en solución de 1 á 2 por 1000

En los flujos, Politzer emplea la *trementina* (esencia) (XX gotas) en agua (Lermoyez).

Podrían pulverizarse las soluciones por medio de mi pulverizador intratimpánico. Las inyecciones, con la sonda de Hartmann, de los mismos líquidos se practicarán alternativamente.

3.° Baños prolongados de la caja, con presión en el trago. — Posición del paciente para el baño. — Líquidos medicamentosos empleados

El paciente inclina la cabeza hacia el lado sano; el operador levanta el lóbulo y vierte en la concha y el conducto, por medio de una cuchara caliente ó de un cuentagotas, el líquido elegido templado.

Se practica entonces un Politzer, sin mover la cabeza del paciente; el agua es agitada por las burbujas de aire; después con el pulpejo del dedo apoyado en el trago, se cierra el meato y se deprime por pequeñas sacudidas que empujan el líquido que hay dentro en distintas direcciones.

Cuando la perforación es elevada, es necesario que el sujeto incline de un modo forzado la cabeza hacia abajo y atrás para ayudar la penetración del líquido.

Se emplean los líquidos precedentes, ó el licor de *van Swieten*, bien el *alcohol bórico* al vigésimo, ó *fenicado* al trigésimo, ó el *acetal* al vigésimo (este último en los tuberculosos) (Politzer).

Urbantschitsch emplea la *glicerina fenicada* al 3 por 100 en los niños y al 5 por 100 en el adulto; hemos reemplazado ventajosamente el ácido fénico por el *fenosalil*.

Nunca se recomendarán demasiado, en irrigaciones ó en baños, las soluciones de *nitrato de plata* del 1 por 1000 al 1 por 200. (Se procurará embadurnar con cuidado la concha con vaselina y el meato antes de emplear el nitrato de plata).

Muchas veces nos dan buenos resultados en las recidivas por infecciones consecutivas de la caja ó del conducto, los lavados con *tintura de yodo* diluída, ó las embrocaciones profundas con este licor puro ó diluído.

4.° Irrigaciones del antro mastoideo por la trompa con la sonda intratimpánica

En las afecciones otorreicas rebeldes, es difícil alcanzar el *aditus ad antrum*, sobre todo si persiste el yunque y cuando el resto del tímpano deprimido se aplica al promontorio; puede lograrse, sin embargo, lavar y aseptizar el ático y hasta el antro mastoideo con la sonda intratimpá-

nica, conducida á través del catéter colocado en el orificio tubárico como se ha dicho.

Los líquidos inyectados por esta sonda de goma que termina en el orificio timpánico de la trompa y hasta puede penetrar en la misma caja, van á limpiar toda la parte alta de la misma y llegan al antro á través del orificio tímpano-mastoideo. El paciente, acostado, se sostendrá con la cabeza dirigida hacia atrás y muy baja para facilitar la introducción del líquido modificador.

5.° Curas con el polvo de ácido bórico, el polvo de yodoformo, la gasa yodofórmica, etc.

La insuflación de polvo fino de *ácido borico* llenando toda la cavidad timpánica, ha sido preconizada por Bezold. Se le ha reprochado el concretarse y formar un cuerpo duro de difícil extracción y susceptible de determinar la retención de los exudados; las curas frecuentes y hechas por el aurista alejan esta complicación. Politzer insufla una ligera capa de polvo y obtiene buenos resultados cuando la otorrea no es demasiado antigua.

Este autor y Urbantschitsch dicen que pierde muy pronto este medicamento su actividad, y proponen que se modifique su composición cada quince días. Politzer da esta fórmula:

Acido bórico.	50 gramos
Acido fénico cristalizado.	0 gr. 25

M. s. a.

Gruber ordena el polvo de *bórax;* puede emplearse también el polvo de *yodoformo;* algunos autores aconsejan que se llenen la caja y el conducto con gasa yodofórmica apretada metódicamente en todas las depresiones; esto supone la existencia de perforaciones extensas (Urbantschitsch, Gradenigo). Otros polvos también son recomendables como el *aristol*, el *dermatol* y el *yodol*.

Estas curas, en resumen, deben ser muy variadas y hechas por el médico aurista.

Para alcanzar todas las cavidades, hemos pulverizado, con una cánula fina especial introducida á través de la perforación, *éter yodofórmico* saturado; por este medio se cubren todas las superficies interiores

más lejanas de una capa uniforme de yodoformo; aun en los casos subagudos ha sido bien tolerada esta pulverización intratimpánica. Zaufal cura con trozos de gasa *sublimada* (Lermoyez).

6.° Agua oxigenada (bióxido de hidrógeno)

Hemos empleado el agua oxigenada para el lavado antiséptico del conducto, para expulsar, desprender y despegar los exudados, que forman una capa adherente, colesteatomatosa; el baño de *agua oxigenada* es excelente y la limpieza con algodón empapado en este líquido es muy fácil, muy conveniente y rápida. Empleamos el agua oxigenada de 12 volúmenes.

Esta aplicación se hará sin presión, floja; y desde que se produce la efervescencia se cambiará el algodón que arrastra el exudado; excelente procedimiento para expulsar el magma espumoso que se ha desprendido del fondo; se evitarán los vértigos y el dolor dejando fácil salida á las burbujas de gas oxígeno que se desprenden.

El agua oxigenada puede calentarse ligeramente sin descomponerse.

El bióxido de 20 volúmenes es más activo y enrojece las superficies, pero se tolera fácilmente.

7.° Otros tópicos modificadores de la mucosa timpánica

Cuando la caja está medio llena por la hipertrofia de la mucosa, puede obtenerse su desingurgitación rápida por medio de las soluciones de *alumbre*, de *ácido bórico*, de *subacetato de plomo*, de *sulfato de cinc*, primero ligeras y después concentradas. El baño de *alcohol absoluto boricado* de Politzer es clásico. El polvo de alumbre está recomendado por Politzer y Urbantschitsch en los estados fungosos del revestimiento cavitario; hay que vigilar sus aplicaciones activas.

Hemos dicho ya el concepto que nos merecen las soluciones argénticas. Según Urbantschitsch, cuando la solución cáustica de *nitrato de plata* da lugar á dolores violentos, esto indica la existencia de una lesión de naturaleza tuberculosa; emplea la solución al 1 por 15 ó por 20 desde el principio y después inyecta un poco de agua templada para expulsar el excedente.

8.° Pólipos.—Fungosidades superficiales, profundas.—Raspado

Si en vez de ser granulosa, la mucosa ha vegetado y está cubierta de eminencias fungosas, vertemos en el conducto un baño de la solución de *percloruro de hierro* (á 30° Beaumé), que se conserva de diez á quince minutos; se seca el conducto y se cura con gasa seca. Dos ó tres días después se quitan los detritus por medio de una corriente de agua templada; se repite esto de nuevo dos ó tres veces por semana; á las dos ó tres aplicaciones ha desaparecido el tapiz de gruesas granulaciones y la cavidad ha recuperado su forma; reaparecen los vestigios de los huesecillos y del tímpano.

Si la fungosidad está aislada, puede tocarse con un pincel empapado con el mismo líquido, ó con algunas gotas de *ácido cloracético*, ó con una solución de *ácido crómico* al vigésimo ó de *ácido fénico* cristalizado: 9 gramos, y alcohol: 3 gramos (Hayem); el *ácido pícrico* (solución saturada) deseca rápidamente la mucosa exudante granulosa; estos toques no son dolorosos si no se tocan más que las fungosidades.

Si las vegetaciones forman una masa resistente, pueden destruirse con el *cauterio eléctrico*, cuya acción es enérgica y rápida.

Lermoyez recomienda su empleo en los casos de fungosidades á nivel de la pared externa del ático ó de la membrana de Schrapnell; puede utilizarse igualmente para destruir las vegetaciones abundantes ocultas en parte por un vestigio de tímpano atrófico, ó, al contrario, también fungoso.

Todas estas aplicaciones deben vigilarse los días siguientes. Recomendamos, según de Trœltsch, que se respete la fungosidad que con frecuencia tapa el estribo, ó al menos operar con ligereza á este nivel; por último, aconsejamos que se toque con energía por debajo de la ceja del promontorio y por detrás para desembarazar la ventana redonda.

Se aplican muchas veces los procedimientos de la cirugía general á la otiatría, sin reflexionar demasiado en las condiciones anatómicas especiales de la cavidad timpánica, anfractuosa y atravesada por órganos importantes. Se emplea la cucharilla cortante de Wolf para la caja.

El raspado es más sencillo y más fácil cuando el tímpano y la cadena de huesecillos han desaparecido; pero exige siempre la mano muy ligera y mucha prudencia.

Debe ir siempre precedido y acompañado de una inspección de las paredes por medio del estilete de botón antiséptico, que reconoce los secuestros, las caries, los huesecillos cambiados de sitio ó dislocados y ocultos por fungosidades.

Para raspar el ático se emplean finas cucharillas acodadas, y deben quitarse las cabezas de los huesos si hay necesidad. Pero ¿cómo no ha de temerse el raspado de la bóveda ó pared meníngea de la caja? ¿O el raspar por encima de la ventana oval, á nivel del acueducto de Falopio? ¿Y en la pared inferior, en el confluente venoso? El raspado es más brillante que seguro.

Como muchos auristas, preferimos un poco más de lentitud, asociada á un poco de tenacidad y de continuidad en los cuidados, lo cual no ofrece ningún peligro (baños, toques, etc.), después de la ablación de las masas gruesas.

Cuando la pared interna de la caja se ha convertido en plana, continua, por efecto de las osteítis antiguas, no hay nada que se oponga á un raspado completo. El cloroformo es un buen auxiliar, en semejante caso, para practicarlo bien.

9.° Polipótomos. — Aprietanudos de Wilde, de Gruber, etc.

El oído fluye de una manera continua, á veces intermitente; es debido á una fungosidad polipiforme que tapa desigualmente el conducto, á la perforación timpánica ó á la fístula mastoidea.

El tumor libre, movible, pediculado, se extirpa con el aprietanudos, cuyo lazo ó asa metálica se desliza entre él y la pared del conducto, hasta el punto de inserción, el cual, las más de las veces, está en la caja. Se aprieta el lazo sin tracción; ligero flujo de sangre; se extrae el tumor, si no sale con el instrumento; se cura en seco y después se toca el pedículo con un pincel mojado con *percloruro de hierro,* ó se vierte un baño de éste en la caja, si hay fungosidades; curas antisépticas simples; tratamiento de la otorrea, si hay una lesión de la cavidad *(alcohol bórico* en baño, algodón y *fenosalil).*

Las recidivas son fáciles si no se practican estos cuidados consecutivos; se prohibirán los baños de mar, prescribiéndose el *jarabe yodotánico* y el aire del campo; operar los adenoides para luchar contra la tenaz tendencia á vegetar en los niños.

III

Neurosis de los huesecillos.—Caries de las paredes del ático, de la pared externa, del suelo, del macizo del facial.—Secuestros.—Parálisis de la cara.—Irritación, destrucción de la cuerda del timpano.—Desórdenes gustativos en la otorrea.

Esta serie de lesiones óseas que la exploración de la caja otorreica puede descubrir, demuestra la posible multiplicidad de las lesiones y la diversidad de sus sitios, y varias de las causas de la incurabilidad de la otorrea; pero, además, las relaciones tan importantes de las regiones óticas así denudadas, cariadas, hacen temer, con razón, las más serias y más graves complicaciones aun para la vida del paciente. Estas lesiones eternizan las amenazas de infección general, de meningitis, etc. Según su gravedad y su sitio, la terapéutica puede ayudar á su eliminación ó debe limitarse á una expectación prudente. Hecho el diagnóstico, según la opinión de todos los cirujanos, á no tratarse de un secuestro superficial, movible, mastoideo, ó de la pared externa del ático, que puede extirparse por una operación reglada, es prudente dejar que sobrevenga el trabajo de eliminación natural con las curas y los cuidados antisépticos; se quita el pus por las curas diarias, las inyecciones-lavados *(permanganato potásico* al milésimo), ó se agota por los toques de las fungosidades, el Politzer, los baños de *alcohol bórico*, de *sublimado* al 1 por 3000 ó por 6000; por último, el *naftol alcanforado*, el *salol alcanforado*, el *yodoformo*, la gasa yodofórmica, etc., el algodón y la solución de *fenol-salil* al centésimo como cura oclusiva, etc.

Así sucede en el caso de necrosis de la pared yugular, con secuestro, ya de la pared del macizo del facial, ya de la bóveda, ya de la pared laberíntica. Los huesecillos necrosados son fáciles de extraer (véase más adelante).

Para hacer posibles el diagnóstico y el tratamiento, es por lo que se practican las operaciones siguientes.

En muchísimas de las otorreas, una vez raspada y desecada la caja, se ve que el pus fluye todavía; entonces el pus viene del antro y de las células mastoideas (indicación de la abertura de las células mastoideas).

Sin embargo, basta recordar que varios puntos pueden estar cariados ó necrosados á la vez (un huesecillo ó el tegmen mastoideo, por ejemplo), para hacer reservado el pronóstico y á los operadores; la otorrea puede continuar á pesar de la intervención más lógica (diabetes, tuberculosis).

A. — EXTRACCIÓN DE LOS RESTOS DEL TÍMPANO, DEL MARTILLO Y DEL YUNQUE

1.° *Indicaciones.* — Se limpia la caja, y libre la trompa, continúa la otorrea; un vestigio de tímpano y algunos restos de los huesecillos son visibles todavía en el polo superior del marco. Puede modificarse absolutamente este estado extirpando lo que persiste del tímpano y de los dos huesos.

Es, sin embargo, un diagnóstico difícil, según dice Politzer, como lo prueba la necrosis de los huesos, ocultos en el ático. Pero hay otros motivos para esta operación radical; esta extracción despeja los bordes del ático y también el acceso al antro mastoideo; debe extirparse el yunque con el martillo; aquél es, sobre todo, el que tapa el orificio de las células mastoideas y lo estrecha. Politzer no admite esta operación radical sino cuando el peligro apremia; pero ¿por qué han de esperarse las complicaciones? La persistencia de una supuración rebelde y el estado de los huesecillos denudados, verdaderos cuerpos extraños, bastan para indicar la necesidad de la intervención.

Es cierto que el pus puede venir del antro por el aditus, y de todas maneras la operación hace que los cuidados sean más directos y las curas y la limpieza más fáciles y más tópicas.

2.° *Técnica.* — La caja se lava, se aseptiza y el ático se anestesia por la cocaína. Iluminación: lámpara eléctrica frontal; muchas veces el yunque ha desaparecido; con el cuchillo rasando el borde superior del marco se desprende el tímpano delante y detrás del mango y de sus restos; después se secciona el tendón del tensor; por último, se coge el mango con la pinza fina análoga á la de Duplay, de garfios, ó la pinza de Sexton, y se lleva hacia fuera por el conducto. Este tiempo es el más difícil, pues deberá detenerse la hemorragia taponando por medio de algodón hidrófilo, empapado, si hay necesidad, de *agua oxigenada.* Aconsejamos que se coja el mango del martillo con la pinza tan bajo como sea posible para que se coloque oblicuamente á la salida. Con el lazo ó asa de

un pequeño polipótomo, puede cogerse mejor el mango y extraerlo fácilmente, sin quedar detenido por el marco.

Cuando subsiste el yunque, Urbantschitsch propone que se fracture la rama descendente; puede desarticularse con facilidad del estribo; luxar el huesecillo con el gancho de Ludwig y sale en seguida. Como medio preventivo de la hemorragia, se ha recomendado una inyección hipodérmica de *ergotina* al principio de la operación. Esta puede practicarse estando el enfermo sentado y su oído anestesiado por la cocaína; sin embargo, si el individuo es pusilánime y los vestigios del tímpano tienen cierta extensión, debe emplearse la cloroformización para poder dominar el campo operatorio. La iluminación con la lámpara eléctrica es necesaria. Lavado con la solución de *sublimado* (al 1 por 4000); curas con la *gasa yodofórmica* ó con algodón hidrófilo mojado en la solución de *fenosalil* al centésimo; oclusión con una capa de *algodón salicilado*.

Miot recomienda que, después de desprendido el tímpano, se excinda el marco timpánico y se seccione el cuello del martillo, dejando intacta la cadena desde este punto; de este modo parece que se ha logrado una persistencia más frecuente de la perforación timpánica en la otitis seca.

B. — DESPRENDIMIENTO DEL MANGO DEL MARTILLO SOLDADO AL PROMONTORIO

La perforación es estrecha, ó si es ancha se nota que el pus sale difícilmente en un punto limitado; se ha seccionado el segmento posterior á este nivel y sin resultado duradero. Otras veces la sordera es extraordinaria, el tímpano cicatrizado está inmóvil ó poco menos por la acción de la ducha de aire y del Siègle; depresión muy pronunciada; mango fijo, casi horizontal; apófisis externa saliente. Hay que desprender el mango, y las más de las veces su extremidad, de la pared interna de la caja. Es una operación que da buenos resultados y cuya indicación es bastante frecuente.

Después de la asepsia y de la antisepsia preliminares, se introduce la punta del cuchillo, de hoja curva sobre el plano, mojada con una gota de solución cocaínica (1 por 100) á nivel de la apófisis externa, detrás del mango; y de arriba abajo y de fuera adentro, se seccionan con fuerza los tejidos rasando el mango, el cual sirve de guía á la hoja apoyada del cuchillo.

Liberado el martillo, se dirige entonces hacia fuera, tirando con la misma hoja ó con un gancho; después un Politzer empuja y endereza toda la membrana hacia fuera; cura antiséptica como se ha dicho; se vigila; hay que oponerse á la retracción por nuevas incisiones, ó por los Politzer, ya también por *inyecciones de vaselina* (método de Delstanche).

C. — DESENGASTE Ó DESINSERCIÓN DEL ESTRIBO. — SU LIBERACIÓN

He aquí una cavidad abierta: tímpano, martillo, yunque, todo falta; un punto blanco sobresale en el cuarto superior de la pared laberíntica; es la cabeza blanca del estribo sepultado ú oculto en la mucosa hipertrofiada, indurada, y levantada por las redes venosas submucosas y subperiósticas persistentes.

No hay depresiones ni fosetas, todo es liso y plano. Si se toca con la punta del estilete la cabeza del estribo, se produce vértigo, si es movible; es indicio de que la ventana redonda también está oculta y cubierta.

Puede desprenderse, desinsertarse el estribo así ligado, obrando sobre el revestimiento de su alrededor. Se logra circunscribiéndolo por incisiones múltiples, que deben penetrar hasta el hueso subyacente (promontorio). Se hará una horizontal por debajo de la cabeza visible, muy profunda; después una delante, vertical; otra superior, también horizontal, y otra cuarta vertical posterior, estas últimas más superficiales (Politzer, Gellé).

Hemos logrado hacer emerger este huesecillo, desprenderle hasta el punto de permitir la audición, por medio de toques en las partes circunvecinas mediante punturas hechas hasta el hueso con el *electrocauterio;* á veces con la perla de *ácido crómico* fundido en la punta del estilete; se necesitan varias sesiones.

Hay que practicar una antisepsia muy rigurosa antes, durante y después de esta intervención, que provoca una reacción que debe vigilarse.

IV

Esclerosis ótica después de la otorrea.—Cuidados de la perforación timpánica.—Timpano artificial.—Miringoplastia.

La otorrea se ha agotado, está curada; ha dejado en ruinas lo que había sido el órgano del oído; sin embargo, el aparato transmite todavía ciertos sonidos y se desea mejorar la audición. El tímpano verdaderamente se ha formado de nuevo en parte después de la desaparición de las fungosidades y de la otorrea, la perforación se ha reducido; sus bordes son libres, no adherentes. En cierto número de casos persiste relajación de los tejidos, que determina flojedad ó imperfección del aparato, de las articulaciones, de los huesos y de las membranas de las ventanas laberínticas; una ligera compresión aumenta inmediatamente el poder auditivo, sobre todo de la palabra.

Se obtiene este resultado por medio de ciertas disposiciones que lo hacen práctico, es decir, permanente y fácil. Son los «tímpanos artificiales».

Estos consisten bien en una rodaja de caucho atravesada por un alambre de plata, ó bien una pequeña torunda de algodón aséptico (Jearsley). Se coloca suavemente la substancia elegida en contacto con los restos del tímpano deformado y más ó menos perforado. En cierto número de sordos de esta clase se obtiene de este modo una excelente mejoría del oído.

Necesariamente en cada caso hay que reconocer la acción de estos procedimientos antes de recomendar su empleo.

Muchos no toleran el cuerpo extraño y reaparece la supuración á pesar de la antisepsia difícil de obtener, pues el individuo coloca él mismo la pequeña masa después de varios tanteos; la mejoría no se produce sino cuando el objeto se coloca de cierta manera y con cierta presión cuando ya se ha obtenido la tolerancia.

El tímpano artificial se retira á la noche, se lava el oído y se aseptiza el instrumento. Sin duda á la ligera presión ejercida se añade, por excitación refleja, un despertamiento de la acción motriz y hasta del mismo nervio sensorial.

Cuando la perforación es estrecha, puede curar, y en general la cicatriz es una película blanda y muy delgada, fácilmente depresible y demasiado poco resistente á la ducha de Politzer que la hace abombar, de manera que el martillo ya no obedece al movimiento limitado del tabique.

Hemos descrito las precauciones necesarias cuando el tímpano, al contrario, se cicatriza demasiado pronto (incisión en H y toque con un pincel mojado en percloruro de hierro).

Cuando el tímpano está desprendido á nivel del marco, abajo y adelante, resulta un obstáculo intermitente para la audición ó para la salida del pus; en general, esta situación se sostiene por la presencia de fungosidades intratimpánicas cuyo tratamiento ya hemos indicado.

La perforación situada en el segmento posterior del tímpano puede tener uno de sus bordes adherido al yunque; esto es una causa de vértigos (véase Tratamiento de las adherencias).

La perforación á nivel de la membrana de Schrapnell es puntiforme ó coincide con una pérdida de substancia de la pared ósea externa del ático.

Muchas veces esta perforación no conduce más que al ático separado por adherencias de la porción inferior de la caja del tímpano conservada.

Se considera como un peligro permanente la infección de la caja, á través de la perforación por el conducto auditivo, y se ha aconsejado su obstrucción artificial ó la cicatrización de esta vía de infección.

Se avivan los bordes de la perforación; el medio más sencillo consiste en cauterizar sus bordes con el *nitrato de plata* (una torunda de algodón en forma de pincel fino en el extremo de un estilete, mojada y frotada sobre el lápiz de nitrato de plata fundido).

Bezold ha intentado con éxito, y otros autores después, el hacer la *miringoplastia*.

Después de haber avivado ó irritado los bordes de la perforación por medio de un emplasto especial, se obtura ésta con un fragmento de la película de la cáscara de huevo.

El papel de esta película adherente consiste en facilitar el depósito de nuevas células y su organización. No puede olvidarse que muchos antiguos otorreicos sólo oyen un poco, gracias á su perforación permeable y bien colocada.

A.—ABERTURA DEL ÁTICO Á TRAVÉS DE SU PARED EXTERNA ÓSEA

La otorrea persiste; sin embargo, se ha incindido y desprendido el tímpano soldado al fondo, después á su vez el mango; luego se han extirpado los restos del tímpano y se han extraído el martillo y el yunque; el pus fluye todavía de la parte alta de la cavidad timpánica. Se ha raspado la pared supratimpánica, se han extraído las fungosidades y los restos de las cabezas de los huesecillos; el estilete acodado tropieza con una superficie denudada, no se hace la reparación á pesar de los cuidados tópicos; de esto se ha deducido que en el ático, por encima del marco, hay un punto necrosado, de aquí la idea de extirpar la pared externa del ático (pared superior del conducto auditivo óseo). Pero esta vía es también por donde fluye el pus del antro y de las células mastoideas, y de ahí la asociación muy lógica de la abertura del ático, del antro y de las células (operación de Stacke).

Esta grave operación abre, en efecto, todas las cavidades del oído medio susceptible de contener focos purulentos. Sin embargo, la caries puede radicar en el tegmen mastoideo ó en el tegmen timpánico, lo que no debe olvidarse. Hay, pues, siempre eventualidades serias en los resultados obtenidos y en el alcance del mismo acto operatorio.

B.—MANERA PARA PONER AL DESCUBIERTO EL ESTRIBO Á TRAVÉS DE LA PARED EXTERNA DEL ÁTICO

Para la otitis seca, la perforación de la pared externa del ático puede practicarse con el objeto de llegar más fácilmente á la foseta oval y al estribo, bien para movilizarlo, ó para extirparlo. De este modo se encuentra abierta toda la porción epitimpánica de la caja y están á la vista las partes profundas del ático. Con el extirpador de Politzer ó con el osteoclasto de Gellé es una operación absolutamente sin peligro y muy suficiente para el objeto que se propone (incisión detrás de la inserción del pabellón; desprendimiento del revestimiento cutáneo del conducto, que un retractor lleva adelante y afuera, después extirpación por desmenuzamiento con el osteoclasto de la pared externa del ático, partiendo del borde superior del marco hasta cinco milímetros hacia fuera; limpieza antiséptica; reaplicación del revestimiento acortado de manera que el ático quede á la vista).

Para extraer el estribo, cuando no es accesible por el conducto, es la vía más simple en la esclerosis ótica. El Stacke, seguido de la abertura del ático, amenaza el facial y el conducto horizontal, pero la extracción es más fácil (Garnault).

V

Periostitis mastoidea.—Abscesos extramastoideo y subperióstico.—Incisión de Wilde; su crítica

La osteomielitis ótica se extiende al periostio mastoideo y á las demás membranas de envoltura del peñasco (duramadre).

En el niño se asiste á la invasión de la región temporal y retroauricular en tres ó cuatro días, en ciertos casos agudos. En el adulto, esta marcha rápida pertenece á las infecciones específicas y la grippe nos ha dado numerosos ejemplos de ello; pero á veces hay que creer que la extensión es más rápida en superficie que en profundidad; el desprendimiento del periostio superficial por el pus es rápido y forma detrás del pabellón en el adulto y por encima de él, en el niño, una tumefacción caliente, dolorosa, raras veces bien fluctuante si es reciente, que rechaza hacia fuera el pabellón y hace desaparecer el surco retroauricular (Duplay). Al mismo tiempo, por la inspección del conducto, se encuentra la pared póstero-superior descendida, roja y saliente y que estrecha el conducto (Duplay).

La otitis está en plena supuración aguda ó hay una infección reciente sobre una antigua otorrea.

Es evidente que este aspecto de la fusión purulenta acusa una osteoperiostitis *ab aure læsâ;* infección difusa, pero más activa á veces en la región mastoidea que en la profundidad. Si la otitis es reciente no puede pensarse en una perforación del hueso y en un absceso subcutáneo consecutivo al absceso intramastoideo, esto exige más tiempo. Sin embargo, en el estado epidémico, en la otitis de las enfermedades infecciosas, debe reconocerse que existe pus simultáneamente en las células mastoideas (Politzer, Duplay, etc.).

En la primera hipótesis, basta muchas veces incindir verticalmente hasta el hueso la región mastoidea prominente, para ver desaparecer el infarto y limitarse la inflamación. Así como el periostio de la región mastoidea no está interesado forzosamente cuando hay supuración de las

células, de la misma manera es admisible lo contrario; y los hechos clínicos demuestran que algunos casos entran en esta categoría, puesto que se ha visto que la defervescencia ha sucedido á la incisión que abre el absceso subperióstico; esta incisión ha sido preconizada por Wilde.

Evidentemente, durante la actual epidemia de grippe, hemos podido comprobar todos la insuficiencia de esta «incisión de Wilde». En efecto, se encontrará pus en las células, cuando fluye por la incisión del periostio mastoideo, con tanta mayor seguridad cuanto más remoto sea el principio de la otitis.

Por consiguiente hay motivo para desechar esta incisión insuficiente y establecer como regla que conviene entonces abrir las células sin tardar para descubrir el antro mastoideo.

Si, hecha la incisión hasta el hueso, nos encontramos en presencia de una fístula ósea, hay que agrandar la perforación del hueso, drenarla y aseptizar la cavidad ósea, que se abrirá hasta el antro; de este modo podrá evitarse la otorrea interminable, si el accidente es agudo.

Si el accidente infeccioso se manifiesta en un oído con otorrea antigua, se confirma la certeza de la existencia de una bolsa intramastoidea, y debe llegarse inmediatamente hasta ella, por una amplia abertura de las celdillas y del antro mastoideo.

VI

Parotiditis supuradas ab aure læsa
Abscesos retrofaringeos ab aure læsa

En la convalecencia ó al final de una enfermedad infecciosa (fiebre tifoidea), aparece una parotiditis supurada; curada esta grave complicación, el paciente observa que ha quedado sordo del oído del mismo lado; por la inspección se descubren los signos de una supuración desconocida de la caja, á veces subsistente, sin flujo, ó terminada por esclerosis.

En nuestra práctica clínica hemos encontrado unas veces la parotiditis en evolución siendo bien manifiesta la otitis supurada; en otras, nada que llamara la atención hacia el oído; por último, hemos tratado á personas que presentaban huellas cicatriciales de su supuración parotídea, aparecida en el curso de fiebres tifoideas, después de las que había quedado sordo el oído de este lado.

La observación clínica es precisa; la afección parotídea salta á la vista, mientras que la del fondo del órgano auditivo puede pasar por alto, por falta de flujo exterior.

La patogenia de estas coincidencias es bien sencilla; la glándula parótida sólo se interesa consecutivamente; en realidad es una infección consecutiva de los vasos y de los ganglios linfáticos de la región, dependiente de una supuración ótica desconocida.

Creemos útil llamar la atención de nuestros colegas acerca la concomitancia de las lesiones óticas y parotídeas en el curso de las fiebres graves y en las infecciones (parotiditis), y sobre la patogenia de estas temibles complicaciones. Es una relación etiológica que creemos no se ha reconocido hasta ahora.

No podemos dejar de citar los *abscesos faríngeos* y *retrofaríngeos*, en el niño, ó en el adulto, como una de las complicaciones de la otitis supurativa.

El pus puede correrse á través de la delgada película ósea de la caja y de la apófisis mastoides (enfermedad de Bezold) y coleccionarse al lado de la base del cráneo, dirigiéndose bien hacia adelante al lado de la pared espinal de la faringe, bien hacia abajo siguiendo los vasos del cuello, ó también hacia atrás debajo de las masas musculares de la nuca.

De este modo, sea por desprendimiento perióstico, sea por infección de la red linfática y de los ganglios, la otitis supurativa puede ser el punto de partida de propagaciones purulentas múltiples ó simples en la profundidad del cuello, alrededor del eje cervical.

Hemos encontrado varias veces la otorrea y el mal de Pott cervical.

En los niños de menos de cuatro años, el pus otorreico puede pasar á través de la «laguna» de la pared inferior y anterior del conducto hacia la articulación témporomaxilar y sus cubiertas (de Trœltsch).

Debemos citar también los *abscesos del ganglio* de la región mastoidea, que el bisturí incinde muchas veces desde luego en la abertura de las celdillas mastoideas (Chatelier).

VII

Abertura de las celdillas mastoideas y del antro

A. — EN LOS ADULTOS

No hay otitis aguda supurativa sin participación más ó menos extensa de las celdillas mastoideas en la inflamación y muchas veces también en la supuración.

El antro se abre en la parte alta de la pared posterior de la caja; pero este orificio de comunicación (*aditus ad antrum*) muchas veces es estrecho ó está estrechado por lesiones morbosas, y hasta está obliterado por fungosidades ó por una neomembrana (otorrea).

El pus intramastoideo puede encontrarse totalmente aislado de la cavidad timpánica; está limitado al recinto mastoideo; constituye un foco infeccioso intraóseo, que se ha constituído en aquel punto. Se le ataca por la pared accesible, á nivel de la región mastoidea y del conducto auditivo.

El antro es la gran celdilla interior que se abre en la caja y debe llegarse hasta ella para destruir el foco infeccioso.

En el transcurso de nuestro estudio, hemos expuesto ya sucesivamente algunas de las indicaciones de la abertura de las celdillas mastoideas y del antro.

Las resumimos, según Schwartze.

Está operación está indicada:

1.° En la otitis supurativa con mastoiditis, haya ó no absceso extramastoideo;

2.° Cuando se ha abierto ya el absceso mastoideo, queda una fístula permanente, si hay secuestros incluídos ó repeticiones ofensivas de nuevas infecciones;

3.° Cuando hay desaparición del flujo purulento, con síntomas serios de retención, aun sin signos aparentes de mastoiditis; lo mismo en el colesteatoma;

4.° En ciertos dolores rebeldes y graves de foco mastoideo, en antiguos otorreicos;

5.° En el caso de otorrea fétida, interminable, aun sin ningún signo de retención ó de inflamación mastoidea.

Hemos dicho anteriormente que el absceso subperióstico coincide con el absceso intramastoideo: indicación seria.

La falta de signos locales en la región mastoidea no es una contraindicación, si hay signos generales intensos y vivo dolor á la presión en la mastoides.

La temperatura, que alcanza bruscamente 40 á 41°, debe hacer temer la propagación de la infección del foco mastoideo á los gruesos vasos, á las meninges, etc., y hay que operar.

El delirio y el meningismo, en la declinación de una escarlatina, de una fiebre grave con y hasta sin supuración del oído, hace suponer la existencia de un absceso mastoideo, y es preciso abrir las celdillas y el antro, aun al octavo día de la otitis, y con mayor razón más adelante. Hay aquí una anemia por otorrea; toxemia que cura la operación.

Cuando la supuración dura desde dos, tres ó cuatro semanas sin disminuir, aunque fluye fácilmente por la trompa y por la perforación timpánica, un escalofrío intenso, prolongado, con alteración de la cara, sudores profusos, temperatura de 41° y más, hasta sin cambio de aspecto de la apófisis mastoides, hará sospechar un principio de infección purulenta, la propagación á los vasos, etc. Sin tardar se abrirán el antro y las celdillas; no se trata de la otitis, sino de la piohemia; si el foco encerrado no se raspa, aseptiza y desagua rápidamente, se presenta la muerte.

Esta es la opinión de todos los maestros, Duplay, Zaufal, Politzer, Schwartze, etc., y la curación es tanto más segura cuanto menos tardía es la operación, es decir, que no se haya dejado que la infección microbiana se extienda é invada las meninges y los grandes senos de la base del cráneo.

Para la técnica de la operación y la elección de los métodos de abertura de las cavidades auriculares, pueden consultarse los tratados especiales, las lecciones de Duplay, las memorias de Küster, de Stacke, de Zaufal, de Schwartze, de von Bergmann, de Politzer, de Chatelier, de Gellé, de Luc, de Broca y Lubet-Barbon, y el libro de Lermoyez, etc.

B. — ABERTURA DEL ANTRO MASTOIDEO EN LOS NIÑOS

No es este lugar de exponer, con los detalles que exigen, las graves complicaciones de las supuraciones óticas y mastoideas; para ello remitimos al excelente trabajo de Alberto Robin (1). Llamamos la atención sobre la falta de celdillas mastoideas en los niños y sobre la existencia de una voluminosa celdilla aérea que comunica ampliamente con la caja por arriba y detrás de ésta, y en la que puede vaciar fácilmente su contenido.

Esta cavidad, este *diverticulum*, es invadido por la otitis y supura con la cavidad timpánica.

El mayor peligro en este caso es la delgadez del *tegmen tympani* y las amplias comunicaciones vasculares con las meninges; por esto la sintomatología es cerebral, de aspecto meningítico, aun sin meningitis; ésta es sobre todo la complicación temible, pues la otitis con osteoperiostitis no da lugar á ningún absceso intramastoideo, porque faltan las celdillas.

Esta gran celdilla mastoidea de los niños corresponde inmediatamente por encima y por detrás del marco timpánico. En este punto es donde ha de abrirse en caso de retención del pus.

En los niños de muy tierna edad (un año) una simple laminilla le cubre por la cara externa; con los progresos de la edad, poco á poco el *diverticulum* se hace más profundo por el desarrollo de la apófisis mastoides y del conducto auditivo óseo (seis años).

En el oído medio de los recién nacidos y de los fetos nacidos antes de término, se encuentran supuraciones con perforaciones timpánicas, propagaciones purulentas subperiósticas temporales ó subdurales y caries de diversa localización y extensión, que explican las sorderas llamadas congénitas y las supuraciones óticas, parálisis faciales, etc., de los primeros días de la vida (Wreden, Netter, Gellé, Brouardel, Lannois, etc.).

C. — MASAS CASEOSAS. — TUMORES PERLADOS. — COLESTEATOMAS

Cuando hay masas caseosas en el ático, el *agua oxigenada* en baños las desprende y las divide, y después de algún tiempo pueden

(1) ALBERTO ROBIN. — *Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif*, 1883.

extraerse con la cucharilla roma ó cortante; si resisten, pueden disolverse con soluciones de *bicarbonato de sosa* ó de *carbonato de potasa* templadas.

Se modifica luego la superficie denudada con los astringentes y los antisépticos.

Los «tumores perlados», los colesteatomas, exigen un tratamiento más serio, y según su sitio y las complicaciones, intervenciones importantes.

Los colesteatomas, constituídos por aglomeraciones de células epidérmicas amontonadas, solidificadas en capas concéntricas, en las que se encuentra también colesterina, tienen un aspecto anacarado, perlado (Cruveilhier) y con frecuencia están enquistados. Sostienen una otorrea interminable y deben extirparse, los superficiales por el raspado seguido de aplicaciones de *tintura de yodo*, de *clorato de potasa*, etc.; cuando su volumen es considerable y los tumores han invadido y amenazan los órganos vecinos, se extirpan por un Stacke seguido de la abertura del ático á través de la pared externa; se hace el raspado y se extirpa la membrana quística si es posible; se deja la herida al descubierto para vigilar las recidivas, que son bastante frecuentes.

VIII

Conclusiones

Por la lectura de esta exposición de la terapéutica de las afecciones del oído medio, es evidente que es sobre todo quirúrgica.

Se dirige á estados anatomopatológicos que dependen de enfermedades, depósitos, lesiones que extirpa, deformaciones cuya modificación ensaya, obstáculos para la conducción que tiende á suprimir, focos de infecciones que abre y destruye, etc.

En tesis general, las lesiones del oído medio terminan todas por el hundimiento, la relajación de las membranas y de las articulaciones, la invaginación de las partes del aparato transmisor, la oclusión de los orificios de paso de la corriente vibratoria, y en último lugar, la compresión del laberinto.

Con el tiempo, á estas alteraciones sucede la esclerosis, que fija las desviaciones, las hace invariables y encierra el oído interno en una cápsula ósea inextensible.

Toda la patogenia de los trastornos auditivos es: en este estado de encarcelación consecutiva del nervio, corregible al principio é irreparable al fin.

Si la mayoría de las operaciones de cirugía auricular precedentemente descritas logran mejorar la sordera en la fase plástica, hipertrófica de la afección crónica, hay que confesar que no pueden aliviar muchas veces más que los ruidos subjetivos, los vértigos y otras excitaciones laberínticas cuando la esclerosis lo ha invadido todo; pero estos son los síntomas de que se quejan más los sordos.

CAPITULO XII

TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN DE LAS TROMPAS DE EUSTAQUIO

POR

F. LUBET-BAREON

Ex interno de los hospitales de París

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

En estado normal, el aire circula libremente de la faringe á la caja por la vía tubárica. Cuando la trompa está obstruída, el aire aislado en la caja se enrarece, la membrana se hunde y de esto resultan diversos síntomas que están ligados á la obstrucción tubárica. El tratamiento consiste en forzar esta obstrucción y hacer penetrar el aire en la caja. Sin embargo, el operador que se limitase á estas prácticas no haría más que un trabajo incompleto y transitorio, atendido á que la sordera que resulta de la obstrucción de una ó de ambas trompas las más de las veces no es más que el resultado de una afección que radica en la faringe nasal, y por consiguiente el tratamiento deberá dirigirse por este lado para obtener una curación definitiva.

II

Tratamiento

Para restablecer la ventilación de la caja se emplean todavía tres procedimientos: el procedimiento de Valsalva, el procedimiento de Politzer y el cateterismo.

A.—PROCEDIMIENTO DE VALSALVA

Consiste en tapar completamente ambas ventanas nasales, comprimiéndolas con los dedos, cerrar la boca y hacer un esfuerzo para soplar á través de dichas ventanas nasales. El aire comprimido en la faringe no encuentra más que una salida, las trompas, y por un momento se restablece el equilibrio.

Es un mal procedimiento, precisamente por la facilidad con que lo puede emplear el enfermo á cada momento, y de este modo, por la repetición del esfuerzo, provocar una congestión considerable de la caja. Por otra parte, la mejoría que produce no es más que transitoria, y estos motivos bastan para desaconsejarlo á los enfermos.

B.—PROCEDIMIENTO DE POLITZER

En este procedimiento el aire lo proporciona un balón de caucho llamado pera de Politzer. He aquí cómo debe procederse:

El médico se coloca delante del enfermo, teniendo en la mano derecha una pera de Politzer n.° 10 ó 12, terminada por una embocadura redondeada, que se introduce en una de las ventanas nasales del paciente de manera que la obtura completamente, mientras que con la mano izquierda cierra con cuidado la ventana del lado opuesto. El oído del enfermo se ha puesto previamente en comunicación por medio de un tubo de caucho, llamado otoscopio de Toynbée, con el oído del médico, que de este modo puede darse cuenta de la penetración del aire en la caja. Si se desea que el aire penetre sólo en un oído, se solicitará del enfermo que tape con el dedo el oído sano, de manera que el aire contenido con presión en el conducto sostenga el equilibrio en la cara externa de la membrana con el aire que llega á su cara interna pasando por la trompa.

Hecho esto, ¿en qué condiciones el aire contenido en la pera de Politzer podrá penetrar en la caja forzando la unión de las paredes tubáricas? Pueden emplearse varios medios. El mejor, según nuestra opinión, es el que consiste en aprovechar el momento en que el enfermo hace un esfuerzo de deglución. En efecto, durante ésta, el velo del paladar se eleva, separando completamente la cavidad de la faringe nasal de la bucal, mientras que la contracción de los músculos periestafilinos abre el orificio tubárico.

Así, pues, si se ha procurado que el enfermo haya tomado un sorbo de agua en la boca y en el momento en que se le ordena que la degluta, se comprime fuertemente con la mano la pera de Politzer, colocada previamente como ya hemos indicado, el aire pasará de la pera á la fosa nasal y después á la faringe nasal, de la que no podrá salir sino por las trompas, forzando su entrada. En este momento el médico percibirá en su oído un ruido de soplo más ó menos intenso, mientras que el enfermo percibirá la impresión de un ruido estrepitoso y un choque brusco en los oídos, seguido casi instantáneamente de la reaparición de la audición en su integridad.

A veces puede ser difícil conocer el momento preciso en que se hace la deglución, porque los enfermos no obedecen siempre inmediatamente la orden de tragar. Se obviará esta causa de fracaso, esperando siempre el ver que se eleva la laringe, pues los movimientos de elevación de la laringe y del velo del paladar son sincrónicos en el acto de la deglución.

Otro medio bueno es aquel por el cual se hace pronunciar al enfermo ciertas sílabas que dan por resultado levantar bruscamente el velo del paladar.

El médico debe aprovechar el momento en que el enfermo las pronuncie para empujar rápidamente la ducha de aire, con las mismas precauciones que hemos indicado antes.

Puede indicarse también al enfermo que hinche las mejillas al máximo.

En estas condiciones se acumula en la cavidad bucofaríngea el aire con presión, que sostiene el velo del paladar y se equilibra con la columna de aire que se empuja por la nariz.

Es un medio muy sencillo y muy práctico, que no tiene el inconveniente de los dos precedentes, en los que es necesario establecer un sincronismo entre un movimiento muy rápido (deglución) y la compresión de la pera.

En los niños se aprovechará con ventaja el instante en que lloran, momento durante el cual se eleva el velo del paladar.

En todos los casos es necesario hacer pasar sucesivamente varias duchas de aire.

Como este procedimiento es inofensivo, hasta puede enseñarse á los enfermos ó á sus deudos el *modus faciendi,* si hay motivos para pensar que esto puede ser útil.

C.—CATETERISMO

Para hacer el cateterismo, los instrumentos necesarios son:

1.° Una sonda ó catéter para el oído, modelo de Itard, de metal y no de goma, de manera que pueda hervirse ó pasarse por la llama después de cada sesión, y evitar de este modo la posibilidad de desagradables inoculaciones. El anillo colocado en el extremo de la sonda, cerca del pabellón, sirve para indicar, por su situación, la dirección del pico, que no podría conocerse cuando éste ha penetrado en la faringe nasal. Hay catéteres de diversos calibres y de diversas curvaduras, que se emplearán según la forma y las dimensiones de las fosas nasales y de la faringe nasal.

2.° Una pera de caucho n.° 10 ó 12, parecida á la que sirve para el procedimiento de Politzer, pero en este caso terminada en una embocadura cónica apropiada al pabellón ensanchado de la sonda.

3.° Un otoscopio de Toynbée.

Antes de proceder al cateterismo es útil comprobar la permeabilidad de las fosas nasales por donde debe pasar el catéter. En los enfermos pusilánimes, sobre todo la primera vez, aconsejamos que se embadurne previamente la mucosa del meato inferior, de la pared inferior de las fosas nasales y la parte correspondiente del tabique con un pincel de algodón hidrófilo mojado en una solución de *cocaína* al 1 por 20. Esta embrocación tiene por objeto no solamente disminuir la sensibilidad de la región que debe atravesar, sino también ensanchar el paso, por la acción retráctil de la cocaína sobre la mucosa de las conchas.

Hecho esto, el enfermo se sienta frente al médico, que coloca la pera debajo su brazo izquierdo, con su extremo grueso hacia adelante, pone en posición el otoscopio, y, sosteniendo la sonda con la mano derecha, la introduce en una de las ventanas nasales, teniendo cuidado de sostener la cabeza del enfermo con la mano izquierda, cuyo pulgar levantará el lóbulo de la nariz y los otros cuatro dedos se aplicarán de plano sobre la frente.

La introducción se hace tan lentamente como sea posible, el pico del instrumento se conserva siempre en contacto con la pared inferior de la fosa nasal, hasta que pierda el apoyo en la faringe nasal por encima del velo del paladar.

Este es el primer tiempo, que es común á todos los procedimientos, y en este momento hay que elegir el que va á emplearse.

A.—Estando libre el pico del instrumento en la faringe nasal, se le vuelve hacia el lado opuesto á aquel que quiera cateterizarse y luego se retira ligeramente la sonda hasta que la parte acodada del pico vaya á tropezar con el tabique. Se le da vuelta entonces de manera que haga una rotación de 180°, dirigiendo el pico primero hacia abajo y después hacia fuera.

Esta rotación dirige el pico de la sonda hacia el orificio de la trompa.

La sonda se fija en esta posición y se sostiene así con la mano izquierda, que se apoya sobre la raíz de la nariz, y el médico toma entonces la pera con la mano derecha, introduce la embocadura de ésta en el pabellón de la sonda y comprime la pera para impulsar el aire á través del catéter hacia la trompa. La áuscultación con el otoscopio indica si está bien colocado.

Basta á veces un ligero cambio de sitio hacia adelante ó hacia atrás para rectificar la posición del pico y aplicarlo más perfectamente al orificio tubárico.

B.—Si este procedimiento fracasa, se ensayará entonces el siguiente medio: introducida la sonda como precedentemente, se conduce á la faringe nasal hasta que el pico tropiece con la pared posterior de la faringe. Se retira entonces el instrumento cosa de un centímetro y medio y se dirige el pico hacia la pared lateral; debe corresponder al orificio tubárico.

Estos son los dos procedimientos que recomendamos preferentemente y que deben dar resultado en todos los casos en que una deformación de la nariz ó de la faringe no necesiten intervenciones operatorias poco en relación con la práctica común y corriente.

Cuando se ha restablecido la ventilación de la caja, lo que se comprueba por medio del otoscopio, se retira suavemente el instrumento, dejando, por decirlo así, que caiga por su propio peso.

Hemos dicho al principio que la obstrucción de las trompas no es más que un accidente común á cierto número de afecciones que radican en la faringe nasal.

Nuestro objeto no consiste en describir aquí el tratamiento propio á cada una de estas afecciones. Nos basta decir que el catarro tubárico en los niños las más de las veces depende de la presencia de vegetaciones adenoides de la faringe nasal. En el adulto, además de las vegetaciones, deberá pensarse en todas las enfermedades que causan y sostienen la inflamación en la región próxima á las trompas: primero el catarro nasofaríngeo agudo ó crónico, la hipertrofia de la parte posterior de las

conchas inferiores, el ocena, las faringitis, y por último los tumores de la nariz ó de la faringe nasal. La terapéutica de estas diversas afecciones nos llevaría mucho más lejos de lo que permiten los límites de este artículo. Nos limitaremos, pues, á llamar la atención del práctico acerca de este punto.

CAPITULO XIII

TRATAMIENTO DE LA OTITIS CRÓNICA NO SUPURATIVA

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

Si los accidentes infecciosos se repiten con bastante frecuencia para que el órgano auditivo no haya podido recuperar su función ni su estado normal, de transitorias y momentáneas, las lesiones óticas se convierten en permanentes, duraderas y, agravándose, conducen á la sordera.

Estas recidivas, estas resoluciones incompletas son debidas, ya á la persistencia de focos de infección, tales como los catarros nasofaríngeos, las anginas, las adenoiditis en las inmediaciones del oído, bien á estados generales que reaparecen de una manera estacional, de repetición, afecciones pulmonares, fiebre de heno; ya á una sucesión de enfermedades que no dejan al organismo el tiempo necesario para reponerse, bien á causas exteriores inevitables, profesionales, climatéricas ó á intoxicaciones.

De esta patogenia se desprenden múltiples indicaciones terapéuticas que deben cumplirse para obrar eficazmente sobre los desórdenes del oído y sobre la afección ótica; es la mejor de las profilaxias.

Hemos tratado muy particularmente de la terapéutica general de las enfermedades del oído en un capítulo especial.

En la terapéutica local, las indicaciones varían según los diversos

estados anatomopatológicos que se descubren por la exploración del oído enfermo.

En la otitis crónica, los tejidos inflamados pasan por dos estados ó períodos evolutivos, cuyos caracteres son muy distintos: al principio gruesos, infiltrados, vascularizados, reblandecidos ó relajados, ceden y cambian de sitio por haber perdido su elasticidad, ó bien poseen una movilidad anormal; se han formado exudados en las depresiones y en las cavidades; los pliegues están hipertrofiados, las articulaciones distendidas; orificios y conductos se han obliterado; las fositas aisladas se han llenado; huesecillos separados se han encontrado reunidos; la mucosa se ha infiltrado ó ha quedado fungosa; el tímpano ya no tiene su tensión fisiológica; la trompa es más ó menos impermeable; la caja llena; todo el aparato de transmisión se aplana y se hunde entonces hacia el laberinto, cuyas dos ventanas se encuentran de este modo inmovilizadas, rígidas ó han perdido en todo ó en parte su poder vibrátil.

Más tarde está profundamente alterada la nutrición de todas las partes; todo se atrofia, se esclerosa, se endurece y tiende á inmovilizarse; el laberinto se encuentra cercado, encerrado, aislado del medio ambiente.

El órgano periférico del sentido del oído está desorganizado y sus restos perjudican más bien la excitación del nervio acústico.

La terapéutica de estas dos fases de la enfermedad, de estos dos estados, es distinta lo mismo que su pronóstico; en tanto que las condiciones de la primera forma alientan y autorizan las tentativas operatorias, las de la segunda ofrecen dudas y sus tratamientos son problemáticos.

II

Tratamiento

La terapéutica de la otitis crónica en el período de hiperplasia ó de reblandecimiento, se propone, pues:

1.° Resolver el infarto de la caja.

2.° Restablecer las comunicaciones necesarias entre ésta y el aire ambiente.

3.° Enderezar, sostener tenso, elevado y movible el tímpano relajado, deprimido, etc.

4.° Aliviar el laberinto irritado y comprimido por el hundimiento de todo el aparato de transmisión.

5.° Extraer los exudados incluídos.

6.° Impedir ó destruir las adherencias ó, al contrario, las relajaciones.

7.° Desembarazar la ventana redonda oculta debajo de los pliegues ó los exudados mucosos (tapón mucoso).

8.° Un tratamiento general debe ir asociado á estos cuidados tópicos (infecciones, diátesis, toxemias, tóxicos).

La esclerosis se estudiará más adelante desde el punto de vista de los cuidados que requiere.

A. — RESOLUCIÓN DEL INFARTO DE LA CAJA TIMPÁNICA

1.° El oído es un órgano aéreo; cuando la caja está ocupada por exudados, por la mucosa tumefacta, edematosa, hiperemiada, deja de haber oído medio; el tímpano ya no vibra y no transmite ningún sonido, ó muy imperfecta é irregularmente.

Este infarto consecutivo á una otitis aguda ha persistido; es sobre todo mucoso. Puede modificarse todavía tópicamente, primero por las *irrigaciones* calientes con agua abundante, por las *duchas de vapor* calientes sobre la región y dirigidas al conducto; por los *baños de aire caliente* lanzado por medio de una pera al oído (un vaso vacío dentro de agua hirviendo; del cuello parten dos tubos; uno, corto, va al oído; el otro va á la pera que ha de insuflar). Pueden ordenarse, en los baños de oídos calientes, las *aguas alcalinas* ó *salinas*, pero debe evitarse el hacer sufrir á la membrana del tímpano cualquier presión, que iría contra la indicación principal de ponerla tensa y enderezarla.

Puede emplearse un espéculo con dos tubos; por uno entra el aire ó el agua caliente, que sale por el otro (Duplay, Miot).

Para no mojar á los niños, se emplea un aparato de caucho en forma de babero, que aplica á la piel, debajo del lóbulo de la oreja, una especie de embudo de caucho, terminado hacia abajo también por un tubo de caucho, cuyo extremo penetra en una palangana en el suelo; el agua que sale del oído va pasando por este tubo á la palangana.

Pueden utilizarse las soluciones astringentes, un poco irritantes, cuyos efectos deberán graduarse (*glicerina fenicada*, solución *tánica*, etc.).

Los baños de oídos con *alcohol alcanforado*, *boricado*, *tánicos*, etc., son útiles en la defervescencia de las otitis para apresurar la resolución; debe dárseles una duración gradualmente creciente y repetirlos dos veces al día. Si son muy activos, deben vigilarse.

También se han aconsejado los toques del tímpano con un pincel empapado de las soluciones de *nitrato de plata* (1 por 10), de *percloruro de hierro*, de *ácido pícrico*, etc. (cada cinco días).

La *glicerina yodada* es un preparado que en este caso presta muchos servicios; siguiendo á Guéneau de Mussy, se ordenará que se coloque en el conducto y se conserve, durante la noche, una bolita de *algodón yodado* para que obre como ligero revulsivo.

En caso de fracaso, el *engrosamiento del tímpano* se combatirá por medio de incisiones múltiples, precedidas y seguidas de una cura antiséptica; antes una ducha de aire habrá enderezado la membrana todo lo posible.

Pueden hacerse mejor repetidos toques con la perla de *ácido crómico* fundido en el extremo de un estilete y puesta en contacto de la superficie del tímpano durante algunos segundos. Estas pequeñas operaciones exigen mucha destreza, la vigilancia del médico y cuidados consecutivos, según las reacciones.

2.° *Revulsión en la región mastoidea.* — Citaremos más adelante la serie de cuidados tópicos que deben aplicarse alrededor del oído para ayudar, en semejante caso, la resolución del infarto timpánico, pues la región mastoidea es una pared de la cavidad del oído medio, ya demás, la afección invade también las celdillas mastoideas.

3.° *Revulsión en la faringe.* — Por otra parte, el edema y la hipertrofia de la mucosa cavitaria se localizan, sobre todo en el ático y en la pared laberíntica, englobando los huesecillos. Se obra á distancia sobre esta región infartada profunda por la faringe nasal, por medio de *revulsivos;* se llevará hasta este sitio la punta del *electrocauterio* especial, y se tocará en diversos puntos las paredes laterales y el espacio intertubárico; las *embrocaciones yodadas* (glicerina 30, tintura de yodo 15 á 30), obrarán en el mismo sentido, como revulsivos; la mucosa de la pared laberíntica, en efecto, es una emanación de la de la faringe nasal y muchas veces está invadida por el proceso mucho antes que el tímpano.

4.° *Pinza curva con fijador.* — Para llevar el algodón á la cavidad nasofaríngea sirve una pinza curva con fijador; el algodón se coge entre los bocados que contiene, sobresaliendo la torunda unos 2 centímetros; se empapa en la solución elegida. Hace veinte años que este es para

nosotros el instrumento de elección; se emplea también el pincel de tejón acodado.

La torunda se desliza con rapidez por encima del depresor de la lengua colocado, y por un movimiento de rotación rápido del mango, el algodón se lleva detrás y encima del velo, mientras que la mano baja las ramas de la pinza para tocar y frotar las paredes y sobre todo la superior ó bóveda del cavum.

Con la pinza acodada se toca y se masa la trompa y su pabellón. Por la vía nasal, con un estilete envuelto en algodón, pueden alcanzarse también estas regiones profundas.

B. — RESTABLECER LAS COMUNICACIONES NECESARIAS PARA LA VENTILACIÓN DE LA CAJA

El infarto cavitario ha modificado las relaciones de las partes y las tensiones interiores; hay compresiones y estirones; la inyección del aire en la caja endereza el tímpano, deprime la mucosa, expulsa los exudados y vuelve á su situación normal, si todavía es posible, los huesecillos, el tabique y las ventanas laberínticas; por consiguiente, el nervio laberíntico queda aliviado; los ruidos subjetivos disminuyen, cesan los vértigos y mejora la audición.

Además no puede negarse que, por su repetición, las duchas de aire producen una especie de masaje de las paredes cavitarias y son una especie de gimnasia pasiva de este aparato formado de membranas y de la cadena de huesecillos, hecho para el movimiento, y que la inmovilización tiende á anquilosar, á fijar en su posición anormal, en un estado de desquiciamiento consecutivo al reblandecimiento de los tejidos y al vacío del oído timpánico.

1.° *Ventilación de la caja del tímpano.— Ventilación del oído.*— A cada movimiento de deglución, las trompas se abren y el aire penetra en la caja si la vía tubárica está libre. En la otitis crónica, las trompas ingurgitadas son poco permeables y cesa la ventilación; el tejido del tímpano, flácido, ha perdido su resorte elástico; desde entonces, poco á poco, la cavidad se vacía, se borra, se aplasta y las dos paredes externa é interna tienden á reunirse.

Debe recurrirse, pues, á la ventilación artificial á través de las trompas, cuyo paso debe forzarse muchas veces, y restablecer su permeabilidad insuficiente ó nula.

2.° *Pruebas de Valsalva y de Toynbée.* — En los casos ligeros, recientes, se logra desobstruir el conducto ordenando primero al enfermo que trague con la nariz tapada; después, sin destapar la nariz, soplar como si quisiera sonarse fuerte; á esto se llama hacer el «experimento de Valsalva»; la primera parte se llama el «experimento de Toynbée». Son medios muy sencillos y, asociados, son muy útiles. La prueba de Valsalva tiene el defecto de congestionar ciertos oídos; la de Toynbée debe hacerse con moderación y en tiempo indicado, pues aspira el tímpano hacia dentro y lo hunde más; se empezará por ella y se terminará por la de Valsalva.

3.° *Ducha de aire de Politzer. — Pera de aire y embocadura.*— La fisiología enseña que con un ligero aumento de la presión del aire en la nariz, la trompa se hace permeable; así obra la condensación del aire en la prueba de Valsalva. Politzer, por medio de una pera de caucho adaptada á la nariz, cogida con firmeza, condensa el aire en las cavidades nasales con cierta fuerza; este aire obra sobre las paredes y franquea la trompa, si el paciente ejecuta al mismo tiempo un movimiento de deglución; esto no es indispensable en el niño.

El orificio tubárico se abre mientras se traga, y el aire se precipita en él por la presión de la pera de aire.

La pera de caucho tiene el tamaño del puño; presenta un orificio con una válvula automática.

Su extremo lleva una embocadura fuerte *ampliamente abierta;* un tubo de caucho de 20 centímetros á lo sumo se une á ella, terminado á su vez por una embocadura idéntica cubierta de caucho ó por una oliva de vidrio más fácil de aseptizar.

El enfermo se sienta frente al operador; éste, de pie, coge la pera con la mano derecha, después, con la mano izquierda, introduce la embocadura en el orificio nasal, en el que la sostiene, al mismo tiempo que comprime y cierra la ventana nasal libre.

El otoscopio se ha adaptado al oído enfermo que pone en comunicación con el del operador.

Se ordena al enfermo que trague (la saliva ó un sorbo de agua) y se comprime al mismo tiempo con fuerza la pera de aire, de manera que se aplaste bruscamente.

Es necesario que los dos actos sean simultáneos; puede hacerse contar al enfermo hasta tres, y al llegar á este último número traga al mismo tiempo que se aplasta rápidamente la pera de aire (una pastilla hace segregar saliva).

Es más cómodo y más seguro que el paciente opere él mismo; en

efecto, él siente el instante preciso de su deglución y comprime la pera de caucho en el momento deseado. Muchos individuos no logran que los dos actos se realicen al mismo tiempo.

Con el otoscopio auricular, el operador oye el ruido de chasquido debido al movimiento del tímpano llevado hacia fuera por el aire, ó el soplo que indica una estrechez del conducto, ó un ruido de estertor húmedo, signo de secreciones incluídas.

Por la inspección, después que el aire ha penetrado, se encuentran modificados el aspecto y la forma del tabique; el paciente ha podido percibir de este modo una repleción del oído, un ruido, una sensación de válvula que cruje, raras veces dolor; además observará muchas veces, inmediatamente después de la mejoría del oído, un alivio de la cabeza.

4.° *Procedimiento de Lévi.* — En los niños puede ventilarse la caja sin que tengan que tragar. En ellos puede también aplicarse el procedimiento de Lévi.

Se les hace hinchar las mejillas con la boca cerrada, y al mismo tiempo se ejecuta el Politzer; esto es suficiente las más de las veces.

Un enfermo puede insuflar aire en las trompas soplando suavemente en un tubo de caucho, uno de cuyos extremos está en la boca, mientras que el otro se coloca en una ventana nasal, cerrando la nariz.

En algunos individuos, inclinando la cabeza hacia atrás, con la boca abierta y comprimiendo la pera de aire adaptada á una ventana nasal teniendo la otra cerrada, tiene lugar la penetración del aire.

En general, cuanto menos esfuerzos se necesiten para lograrlo, más probable es que la lesión tubárica sea ligera.

En las personas de alguna edad, la ducha de aire de Politzer muchas veces va mal, porque el velo del paladar cede á la presión y el aire se escapa por la garganta.

Es imposible en las deformaciones y divisiones del velo del paladar. — Se facilitará por la cocainización de la región tubárica por medio de una torunda de algodón mojada en la solución al vigésimo y colocada durante cinco ó seis minutos.

Muchos enfermos practican muy incompletamente la ducha de aire con la pera de caucho; por esto no debe confiárseles su práctica sino después de haberse asegurado *de visu* y por la otoscopia que el paciente hace penetrar el aire en el oído.

Otros abusan del procedimiento de una manera deplorable y se estropean á fuerza de repetirlo con todo el vigor posible; el práctico deberá ser muy reservado (sobre todo cuando está fija la platina del estribo) en

la elección de los enfermos á que debe confiar este tratamiento, que, en resumen, es un procedimiento de fuerza.

En realidad, contento con ventilar la caja, descuida demasiado la dilatación del conducto, lo que hace que los resultados sean problemáticos y que se pierda un tiempo precioso.

5.° *Medición de los movimientos del tímpano por la ducha de aire.*—Es útil y á veces indispensable darse cuenta exacta de la extensión de los movimientos comunicados al tabique durante la ducha de aire de Politzer.

Puede hacerse que opere el mismo enfermo, mientras se mira por medio del espéculo y del reflector el abombamiento consecutivo del tímpano; las más de las veces el cuadrante súpero-posterior es el que recibe el mayor esfuerzo de la ventilación; el efecto depende de la mayor ó menor permeabilidad de la trompa, del estado de relajación del tímpano y también de la energía de la insuflación.

En la otitis crónica hay que tener en consideración la gran dificultad del reflujo del aire de la caja, á la que llega en exceso; ésta, en efecto, se vacía con bastante rapidez en estado sano; pero si la trompa está estrechada, el aire permanece dentro, distendiendo mucho tiempo el tímpano; esto no debe olvidarse cuando se practica el Politzer. El manómetro de Politzer, el endotoscopio graduado de Gellé y el aparato de Lœwenberg nos proporcionan datos acerca la extensión de la distensión, que pone en evidencia la ascensión del nivel del líquido del instrumento (1).

Si el tímpano está muy adelgazado ó relajado, es éste un dato útil, un diagnóstico importante; con este manómetro endoscópico, se posee un guía seguro del efecto producido; se puede reconocer esta laxitud anormal y prohibir la ducha de aire común, y no confiar su ejecución al enfermo.

Algunos movimientos de deglución contribuyen á restablecer la posición del tímpano desviado; y por sus oscilaciones el endoscopio marca bien estos movimientos de regreso, que deben esperarse antes de empezar una nueva insuflación; pues son mucho más lentos en los casos de estrechez tubárica, según demuestran nuestras gráficas (2).

6.° *Efectos de la ducha de aire en el oído.*—El aire insuflado por el Politzer llega, pues, á la cavidad auricular en cantidad y con una fuerza muy desiguales y poco mensurables; separa las dos paredes, empuja el mango del martillo con el tímpano y comprime la mucosa de la pared laberíntica; también puede romper adherencias; sacude y remueve las

(1) Gellé.—*Précis d'otologie.*
(2) Gellé.—Art. *Surdité* del *Dict. Dechambre.*—*Précis d'otologie.*

articulaciones de los huesecillos; hace oscilar las membranas de las ventanas del laberinto; da más libertad al estribo; pone tenso el tendón del músculo tensor y el del músculo del estribo; los excita y expulsa los exudados líquidos.

Esta multiplicidad de acciones útiles explica los éxitos de la ventilación de la caja del tímpano; por el procedimiento de Politzer esta ventilación se ha vulgarizado.

Debe vigilarse su actividad; no debe lastimar por una distensión exagerada, ni determinar una desconjunción de los huesecillos por una separación insólita. Además, hay que pensar que se obra sobre un órgano enfermo y que el esfuerzo de la ducha de aire puede llegar brutalmente en un punto, en una ventana reblandecida por ejemplo, y causar vértigo ó excitaciones imprevistas del laberinto; su abuso puede causar el espasmo del tensor (ruido de Leudet). — Lannois ha demostrado cuán lejos de la realidad está la opinión de que el Politzer puede propagar á la caja las invasiones microbianas; no existe ningún temor respecto de esto; son inútiles los insufladores complicados con el objeto de aseptizar el aire inyectado.

La ventilación de la caja produce en general mejoría de la audición; deberá ejecutarse el Politzer cada día, una ó dos veces en cada ventana nasal, por la mañana en ayunas.

En cuanto se compruebe la persistencia de los efectos, será mayor el intervalo entre las insuflaciones; se vigilará mucho tiempo el alcance del oído; á la menor disminución tendrán que repetirse si se han suspendido, ó hacerlas más frecuentes si se hubiesen hecho más raras.

Hemos dicho que los resultados dependían de la energía de la entrada del aire, la que varía con la destreza del individuo y sobre todo según la permeabilidad de la trompa (punto que debe vigilarse).

Cuando se necesita mucha fuerza ó numerosas repeticiones para obtener un resultado precario ó dudoso, la ducha de Politzer es insuficiente; hay que recurrir al cateterismo; este es además el único medio de tratar seriamente las estrecheces de la trompa y no hay necesidad de contar con la inteligencia ó el auxilio del paciente.

7.° *Estrecheces de la trompa.—Ventilación de la caja por el cateterismo. — Dilatación: mandriles, candelillas, sondas. — a)* Cuando se opera la ventilación de la caja por medio de la sonda, se limita la acción á un solo oído; el Politzer tiene el defecto de obrar sobre el oído sano con tanta ó más facilidad que en el enfermo; el cateterismo evita este inconveniente; permite además dilatar el conducto en los puntos donde radica habitualmente la estrechez.

La sonda se introduce por la nariz hasta el pabellón de la trompa en el que se fija; de este modo se obtiene una vía directa; pero es necesario además que la trompa se abra para que el aire, llevado de este modo, penetre ampliamente en la caja.

b) Limpieza de la nariz.—Anestesia de la fosas nasales.—Antes de hacer el cateterismo de la trompa se hará la limpieza de la región nasal recorrida por la sonda.

Con el pincel de algodón mojado en *agua oxigenada*, se limpia el vestíbulo; después se introducirá un segundo pincel de algodón mojado en la nariz, entre la concha inferior y el tabique, hasta el fondo de la faringe nasal, y se retirará barriendo el suelo de detrás adelante.

Esta primera exploración nos informa también acerca la permeabilidad más ó menos fácil de la fosa nasal y acerca la presencia de puntos estrechos y su situación.

Hecho esto, se procede á la anestesia del camino recorrido por la sonda.

El estilete, cubierto de algodón empapado en la solución de *cocaína* (al 1 por 20) se lleva de nuevo á la nariz, hasta sus aberturas posteriores y se deja colocado durante cinco ó seis minutos.

Se recomienda al paciente que no trague y que incline la cabeza hacia delante para evitar el sabor poco agradable de la cocaína.

Inmediatamente después se quita el estilete y se explora la fosa nasal con el espéculo de Duplay y el espejo reflector; esta exploración puede servir de guía para la elección de la sonda y el procedimiento de cateterismo.

c) Elección de la sonda.—Sondas metálicas.—Sondas de caucho.—Sondas flexibles.—Formas, calibres y curvaduras de las sondas.—Expondremos esta cuestión desde el punto de vista exclusivamente práctico.

En general, será mucho más fácil la introducción de una sonda de volumen mediano, de poca curvadura y de forma cilíndrica. Está ensanchada en su extremo libre para recibir la embocadura cónica de la pera de aire, y su pabellón tiene un anillo en el sentido del pico de la sonda; es una señal exterior indispensable, cuando la sonda está introducida profundamente, para dirigir su curso.

Una sonda fina es suficiente para la ventilación de la caja; pero si después hay que proceder á la dilatación del conducto, debe elegirse desde luego una sonda bastante gruesa para poder deslizar sin ninguna clase de frote las candelillas graduadas.

Preferimos las sondas de metal; son ligeras, sólidas, fáciles de asep-

tizar y de limpiar, no quebradizas y no están expuestas á torcerse (lo que cambia las señales).

Las sondas de caucho no nos agradan por carecer de éstas cualidades.

Se fabrican actualmente sondas de metal flexible, cuyas curvaduras pueden modificarse á voluntad; esto es, por el contrario, un gran defecto para el uso práctico; una vez deformada la curva normal ¿cómo podrá restablecerse?

d) Asepsia de las sondas. — En principio, todo enfermo debe tener su sonda, sus candelillas, su pera de aire, su embocadura nasal, etc., absolutamente personales.

La sonda que ha servido es difícil de limpiar; las mucosidades se adhieren siempre al tubo; para quitarlas hay que mojarlas en agua hirviendo á la que se ha añadido *carbonato de sosa* (10 por 1000) y pasar por ellas un chorro de agua lanzado con fuerza; hecho esto, la sonda se pasa por alcohol absoluto, calentada á la llama, y se deposita en un vaso de cristal cilíndrico, cuya tapa tiene agujeros por los que pasan las sondas, que se bañan en el *cloroformo* hasta que se emplean, ó en la solución de *fenosalil* al centésimo. Estos cuidados meticulosos son indispensables para la asepsia.

e) Posición del paciente. — Datos ó señales exteriores.—Medida de la distancia del pabellón de la trompa de Eustaquio. — El enfermo está sentado de cara á la ventana; se le invita á que respire por la boca, *algo ruidosamente* sobre la A.

El operador coge el catéter elegido aseptizado y quita el estilete de algodón cocainizado que ha permanecido seis minutos en la fosa nasal; después, colocando la sonda horizontalmente cerca de la mejilla del paciente, con el pico poco más ó menos á nivel de la espina nasal anterior, marca el punto correspondiente al tubérculo del arco zigomático, con un poco de cera blanda ó bien coge el instrumento por este punto.

Esta *señal exterior* indica hasta dónde deberá introducirse la sonda para alcanzar el pabellón tubárico (Gellé).

f) Introducción en la nariz. — Recorrido de la fosa nasal.—Signos profundos.— Si la fosa nasal es ancha, bien abierta por la cocainización de la mucosa, todos los procedimientos de cateterismo dan buenos resultados.

El operador está de pie delante del paciente, que permanece sentado; con el pulgar de la mano izquierda apoyada sobre la frente del sujeto, levanta el lóbulo de la nariz y abre la ventana nasal inclinándola hacia el lado operado.

1.er tiempo.—La sonda, sostenida oblicuamente con el pulgar y los dedos de la mano derecha, el pico frente á la abertura de las fosas nasales y la curva hacia arriba, se introduce viva y ligeramente en la ventana nasal hasta el fondo del vestíbulo; el pico toca el suelo de las fosas nasales; el cuerpo de la sonda se levanta luego en situación horizontal.

2.° tiempo.—El instrumento se empuja suavemente y se desliza por el suelo nasal; la sonda pasa entre la concha inferior y el tabique. En este momento se evitan muchas dificultades levantando todo lo posible el pabellón de la sonda, pues el suelo nasal es oblicuo hacia abajo y atrás; de este modo se sigue el canal natural formado por el tabique hacia dentro, el suelo hacia abajo y la pared lateral externa de las fosas nasales; la parte convexa de la sonda se apoya siempre en el tabique, lo que sostiene el pico en la superficie del suelo nasal.

En un momento dado se siente que éste es blando y que se mueve si el individuo traga: es que el pico se desliza por la porción blanda del suelo nasal y se aproxima á la trompa.

Por último, se llega á la *señal* marcada en la sonda; se ha llegado, pues, á nivel del pabellón.

3.er tiempo.—En este momento, un ligero movimiento de rotación de la sonda alrededor de su eje lleva el anillo-señal hacia arriba y afuera, mientras que el pico, siguiendo idéntica rotación, penetra en el orificio de la trompa y se introduce en su pabellón, que detiene la sonda instantáneamente.

Muchas veces es muy útil un movimiento de deglución en este tercer tiempo delicado; el velo del paladar se eleva y lleva el pico al orificio tubárico (Zaufal).

La escuela alemana, el profesor Tillaux, etc., aconsejan que se introduzca la sonda hasta la faringe; al chocar en este punto, se retira la sonda un centímetro hacia delante; su pico se dirige entonces hacia fuera y entra en el orificio tubárico después de haber franqueado el rodete tubárico.

Nuestro procedimiento evita los espasmos nauseosos debidos al contacto de la sonda con la pared de la faringe; de este modo impide que el pico de la sonda se coloque en el departamento retrotubárico, error fácil y frecuente.

Otro dato excelente para orientarse en el tercer tiempo es el borde posterior del tabique nasal; cuando el pico de la sonda ha llegado á él y le engancha, se ejecuta el movimiento de rotación que lleva el anillo-señal de la sonda hacia fuera, y por consiguiente su pico hacia fuera tam-

bién, hacia el pabellón de la trompa, situado en el mismo plano transversal que el borde posterior del septum (Lœwenberg).

g) *Procedimiento de Triquet.* — Cuando la vía nasal es imposible (desviación del tabique, prominencia anormal de la concha inferior, con frecuencia las dos lesiones reunidas), no puede seguirse el tabique; Triquet desliza la sonda por su curvadura, con el pico hacia arriba, por debajo de la concha inferior y termina por la rotación hacia fuera, que lleva el extremo del catéter á la trompa.

h) *Signos que demuestran que la sonda está bien colocada en la trompa de Eustaquio.* — Así que se ha practicado el movimiento de rotación, la sonda, que se ha empujado, se siente sujeta y detenida; es imposible hacerla girar de abajo arriba y de fuera adentro; la insuflación del aire inmediato por su pabellón bien sostenido en la ventana nasal, da, con el otoscopio, el ruido de soplo característico; por último, si se hace penetrar un mandril fino graduado, de 1 á 2 centímetros solamente en la trompa, á través de la sonda, ésta queda fija, y el enfermo puede ir y venir sin que cambie de sitio ni caiga; de esta manera se está seguro de haber puesto el pico de la sonda en el orificio de la trompa. La pera de aire armada con una embocadura cónica que se adapta al pabellón de la sonda, se aprieta *suavemente* mientras el enfermo deglute. Cuando el aire no pasa y el otoscopio no anuncia su entrada en la caja, es que hay un obstáculo en la profundidad; generalmente se encuentra á nivel del istmo; este diagnóstico se hace por medio de la candelilla graduada.

i) *Diagnóstico del punto estrechado.—Dilatación por los mandriles, candelillas, etc.* — Para sondar la trompa de Eustaquio y proceder á su dilatación, habiendo demostrado esta exploración preliminar la existencia de un obstáculo, de una detención de la sonda, se empleaban primeramente tallos de ballena, cuyo extremo tubárico, en forma de oliva prolongada, tenía calibres graduados; el tallo más fino era filiforme. El extremo libre, más voluminoso, presentaba divisiones muy marcadas de medio en medio centímetro correspondientes á la salida del extremo olivar fuera del pico de la sonda y permitían medir la parte introducida en la trompa. Estos tallos de ballena, susceptibles de ser muy pulimentados, son muy elásticos y resistentes, y dan bien clara la sensación de roce, de prominencia, de detención por un obstáculo.

Con la hilera se mide el grado de la estrechez, y por la graduación exterior se conoce su sitio en la trompa.

Las candelillas de goma se utilizan más, aunque su blandura tiene inconvenientes; además se alteran fácilmente; pero tal vez la mucosa las

tolera mejor. Las de ballena son útiles para el diagnóstico y las de goma para la dilatación progresiva y las sesiones prolongadas.

El tallo de ballena, gracias á su elasticidad, franquea más pronto las estrecheces; más rígido, puede crear falsas vías. Los autores (Triquet, Kramer, Bonnafont, etc.) recomiendan las candelillas hechas con una cuerda de violín (el *mi* del viclín, la *E* de las cuerdas de arpa), y otras cubiertas de substancias medicamentosas (Bonnafont, etc.).

Las candelillas de celuloide, muy fáciles de aseptizar, están de moda actualmente; son elásticas como las de ballena, pero frágiles; se alteran por el calor y en el alcohol.

En general, sus extremos son muy obtusos. Por medio de la hilera se reconocerá el grado de dilatación obtenida; y por las señales hechas con anticipación, colocada la candelilla en la sonda, con su extremo á nivel del pico, se juzgará de la profundidad á que se encuentra la estrechez.

La graduación de las candelillas es por tercios de milímetro; se emplean desde un tercio de milímetro, dos, tres tercios de milímetro, hasta cinco tercios de milímetro, límite normal para la entrada de la trompa ósea. Pero pueden sobrepasarse estos calibres cuando se trata de abrir ampliamente los dos tercios internos de la trompa cartilaginosa.

A nuestro entender, se tratan con demasiada uniformidad las obstrucciones tubáricas; puede abrirse ampliamente el pabellón y dilatarlo en una longitud de un centímetro cuando se ingurgita y se obtura con demasiada facilidad.

El masaje vibratorio no hace otra cosa.

Siempre que se ha de introducir una candelilla cualquiera, debe hacerse pasar con anticipación la sonda elegida: primero para trazar las señales y después para examinar la manera como se desliza en el instrumento y *las sensaciones que este deslizamiento* da al operador; no ha de percibir ninguna.

Sin embargo, el tallo elástico á la salida del pico de la sonda muchas veces se lima, si los bordes de este orificio no son romos (muy frecuente), de lo que resultan sensaciones de resalto, de roce, de dificultad al paso, que á distancia pueden atribuirse á una lesión tubárica. Además, las sondas de celuloide se fracturan allí y las de goma se deslustran y pueden desmenuzarse cuando se extraen; las de ballena á veces forman finas virutas, y hasta astillas ó se rompen por esta especie de acepilladura; antes de la operación hay que ensayar, pues, los mandriles y las sondas que se emplean.

Para facilitar la introducción de las candelillas de ballena ó de goma,

recomendamos que se embadurnen con vaselina líquida aséptica; de esta manera se evita gran parte del dolor en el trayecto de la trompa cuya mucosa está seca y esclerosada.

Basta á veces la entrada de una sonda filiforme para hacer posible inmediatamente la entrada del aire. Se ha aconsejado practicar la dilatación rápida y llegar en una sola sesión á cierto número de milímetros de la hilera; para conservar el resultado adquirido, la candelilla se conservará colocada algunos momentos, según la tolerancia del individuo, y se extraerá después de haberla hecho entrar y salir varias veces.

Urbantschistch ejecuta una especie de masaje de la mucosa tubárica haciendo correr la candelilla varias veces consecutivas á lo largo del conducto. Suarez, de Angers, ha hendido los catéteres en toda su longitud y por este medio desliza candelillas dilatadoras. Aconsejamos que se elija un catéter lo más voluminoso posible y que se comprima suavemente la pera de aire.

Es muy instructivo para el operador examinar bien una candelilla de ballena ó de otra clase, que haya permanecido algunos minutos en la trompa de un adulto; la candelilla que ha salido conserva las deformaciones y contorsiones que le ha impreso la dirección oblicua del conducto de abajo arriba, de delante atrás y de dentro afuera. Entonces se explica mejor la fractura, el desgaste de la candelilla y sus frotes en los bordes cortantes del orificio de la sonda.

j) *Medios para evitar el enfisema submucoso.*— La posibilidad de este accidente se comprende del siguiente modo: la punta del mandril se introduce en una rasgadura de la mucosa reblandecida y forma una falsa vía; entonces sale teñida de sangre.

En este caso hay que aplazar para más adelante la ventilación con la pera de aire adaptada á la sonda; en efecto, podría producirse entonces un enfisema faríngeo, tanto más grave cuanto con más energía se empuje el aire, exageración común en los alumnos; será prudente obrar de la misma manera cuando haya tenido que tantearse mucho.

Un dolor intenso en el cuello y en el oído anuncia el accidente; el operador percibe detrás del ángulo de la mandíbula una tumefacción crepitante por la compresión de los dedos; raras veces el enfisema submucoso distiende bastante la pared para dificultar la respiración. En este caso se hace abrir la boca; el tumor gaseoso se manifiesta abollado; se perfora con la uña ó con el estilete y desaparece inmediatamente. La blandura de las candelillas de goma evita esta complicación.

Hay otra mucho más frecuente desde que se emplean las candelillas de celuloide, y es su fractura, con retención del fragmento en el conducto tubárico.

La experiencia demuestra que este es un percance sin gravedad; al día siguiente el paciente participa que al sonarse ha salido el fragmento que los movimientos de deglución habían llevado á la faringe nasal; deduzcamos, sin embargo, de todo esto que «vale más maña que fuerza» en el el cateterismo de la trompa y en la ventilación artificial de la caja del tímpano.

No olvidemos consignar que las candelillas deben aseptizarse como las sondas y por los mismos procedimientos.

Por otra parte, mojamos ordinariamente el pico de las sondas en la solución de *cocaína* al vigésimo en el momento de emplearlas y muchas veces hacemos lo mismo con la oliva de la candelilla; si hay demasiada sensibilidad, hasta pueden insuflarse con la pera algunas gotas de la solución á la entrada de la trompa con el catéter.

k) Signos de la recuperación completa de la permeabilidad.—Se han pasado las más gruesas candelillas de la serie; se ha practicado varias veces el cateterismo; el aire pasa bien sin sonda, con el Politzer sin pera; pero dista mucho esto de la reaparición del estado fisiológico, en el que la ventilación se realiza por la presión ambiente en cada movimiento de deglución; los cuidados deberían llegar á este punto, pero la impaciencia de los enfermos no da tiempo para ello.

Sepamos, sin embargo, que uno de los mejores signos de la *fácil* permeabilidad de la trompa de Eustaquio y de la elasticidad del tímpano, es la auscultación con el otoscopio del ruido de chasquido timpánico fino provocado por el acto de la deglución simple ó después de la deglución con la nariz tapada; hasta es superior á la prueba de Valsalva que da resultado la primera vez y que, no obstante, es buen síntoma.

Es imposible dar una regla general respecto á la duración y al número de cateterismos necesarios; cada uno deberá guiarse por el resultado obtenido; en general, una sordera por otitis crónica, que no se ha modificado después de ocho ó diez sesiones de cateterismo y de «*bougirage*» (Lermoyez), debe reconocer otras causas que la obstrucción de la trompa, y necesita otros medios de tratamiento.

Mas, á nuestro entender, sería muy interesante prevenir al enfermo de la necesidad de hacerse inspeccionar la permeabilidad de las trompas de vez en cuando, sin esperar el efecto desastroso de su obliteración gradual, pues ningún indicio le revelará este fenómeno.

La ducha de aire por la pera de Politzer no es entonces más que un

paliativo y muchas veces una ilusión desde el punto de vista del tratamiento.

8.° *Insuflaciones de aire en la caja y degluciones con la nariz cerrada y verificadas alternativamente.*—La asociación de estos dos procedimientos de movilización del aparato transmisor (tímpano, cadena de huesecillos, estribo y ventana redonda), es de lo más lógico. Es un ejercicio pasivo del órgano, que necesita tener libres los movimientos y las vibraciones.

Con el otoscopio puede seguirse exactamente su acción; en esta combinación de dos acciones opuestas hay dos efectos en sentido distinto que se producen, se suceden y hasta se corrigen, pues la exageración es perjudicial tanto en un sentido como en otro. En realidad, es una gimnasia fácil de hacer ejecutar á los mismos enfermos, después de una enseñanza rápida. A la ducha de aire de Politzer sucede una deglución con la nariz cerrada; luego, después de un descanso, nueva insuflación seguida de segunda deglución; sin inconveniente alguno puede hacerse este ejercicio cada mañana, en ayunas, dos ó tres veces en cada ventana nasal; un sorbo de agua facilita la deglución; sirve de guía el resultado observado en estas acciones antagonistas sucesivas.

C. — ASPIRACIÓN DE LOS EXUDADOS LÍQUIDOS DE LA CAJA

Hemos dicho que uno de los efectos de la ducha de aire era la expulsión por la trompa de los líquidos que permanecen estacionados en el oído medio.

Hay otros procedimientos para obtener buen resultado; de este modo pueden hacerse ejecutar movimientos de deglución enérgicos teniendo la nariz cerrada, como había indicado Toynbée, y se produce al mismo tiempo una vigorosa aspiración del contenido del oído; el tímpano se deprime y un chasquido lo anuncia en el otoscopio.

El manómetro, el endotoscopio graduado (Gellé) evidencian esta aspiración del mismo modo que las gráficas; si el tímpano forma prominencia hacia fuera por el hecho de la repleción de la caja, el fenómeno del retorno es de los más manifiestos.

Hemos recomendado que se ejercite á los enfermos á ejecutar esta fácil maniobra, tan útil en estas circunstancias. Con la sonda puede aspirarse igualmente el contenido de la caja; por un movimiento de deglución el individuo abre la trompa en el momento en que se aspira con la

pera de aire sostenida con la mano y adaptada herméticamente al pabellón de la sonda, cuyo pico arrastra el exudado. En general, resulta de esto un alivio inmediato de los dolores óticos y de los ruidos. Si fracasa, es un signo excelente de obstrucción tubárica.

D.—ENDEREZAR Y SOSTENER TENSO EL TÍMPANO DEPRIMIDO Y RELAJADO

Hemos visto que la ducha de aire, con cateterismo ó sin él, endereza el tímpano, primero parcialmente y después en totalidad, es decir, el tabique y el mango del martillo se dirigen á la vez hacia fuera.

La relajación del tímpano puede ser tanta que un solo acto de deglución sea deficiente para deprimirlo de nuevo.

Cuando la parte relajada, depresible ó abombada en exceso es limitada, ella sola obedece á la ducha de aire, y la mayor parte del tabique queda inmóvil, como si existiera una adherencia.

Esta movilización parcial del tímpano por la ducha de aire debe tratarse seriamente; ya indicaremos los cuidados que necesita.

1.° *Aspiración del tímpano; rarefacción.—Tratamiento mecánico ótico.*—El otólogo posee con el espéculo de Siègle un excelente instrumento para enderezar el tabique deprimido, para juzgar *de visu* su obediencia á la aspiración hacia fuera y á la propulsión hacia dentro, al mismo tiempo que la extensión y la forma de los movimientos del mango del martillo, del ombligo y de la apófisis externa.

El Siègle es un espéculo auris con el pabellón cerrado por un vidrio y guarnecido de caucho en el extremo ótico á fin de obliterar totalmente la luz del conducto.

Por medio de un tubo de caucho que se inserta en el cuerpo del espéculo, se puede, con la boca ó con una pera de caucho, condensar ó, por el contrario, aspirar el aire incluído en el conducto, y por consiguiente agitar el tímpano si éste es movible. Los ojos siguen los movimientos impresos, ya en parte, ya en totalidad, es decir, al mango del martillo y al tímpano á la vez.

La aspiración es más enérgica si se adapta al tubo un amasador metálico de Simal.

Está indicado empezar por una aspiración, que se obtendrá comprimiendo primero la pera de caucho ó mejor el pistón del amasador antes de colocar el espéculo; se sigue entonces con la vista el efecto de

la decompresión gradual y suave que aspira el tímpano hacia fuera. Una muesca de detención sostiene bajo el pistón del amasador.

a) *Movilización del tímpano y de los huesecillos.* — *Amasadores de Delstanche.* — Se endereza de este modo la membrana arqueada y se diagnostican los puntos resistentes, las adherencias, las oscilaciones anormales del mango, etc.

Del mismo modo, por una sucesión de estas aspiraciones seguidas del retorno elástico, puede imprimirse á voluntad al tabique timpánico, y por consiguiente á la cadena de huesecillos, una serie de sacudidas y de oscilaciones graduadas, que constituyen un ejercicio pasivo de los más beneficiosos y de los que se vigilan mejor.

Estas movilizaciones metódicas triunfan de las tendencias á la retracción á consecuencia de las otitis agudas ó en el curso de las otitis crónicas.

En el órgano sano, esta movilización se extiende á toda la cadena de huesecillos y hasta al estribo; el sonido de un diapasón vibrante colocado en el vértice del cráneo mientras se opera, se modifica en su intensidad á cada movimiento; demostración indiscutible de la movilidad del estribo (Gellé).

Se comprende que de este modo, además del enderezamiento del tímpano, se obtiene una especie de gimnasia pasiva del aparato de transmisión, de lo que hablaremos más adelante, y estos choques rítmicos se transmiten al laberinte; este masaje obra sobre el oído interno.

Delstanche ha construído amasadores y rarefactores con el mismo objeto; aspira el aire incluído en el conducto por medio de pequeñas bombas aspirantes apropiadas, y cumple las indicaciones de enderezamiento del tímpano y de la movilización del órgano conductor.

b) *Rarefacción.* — Desde mucho tiempo empleamos la simple bomba aspirante (modelo de los aspiradores de Potain) para enrarecer el aire del conducto y aspirar el tímpano hacia fuera. Se obra con mayor fuerza con esta bomba y á veces es muy útil en manos prudentes y experimentadas; pero no puede confiarse sin peligro á los enfermos ó á los que desconocen esta clase de estudios.

Esta aspiración enérgica lleva el tímpano hacia fuera, cuando la ducha de aire no lo consigue. Obtenido esto, con el espéculo de Siègle y el amasador, se tiene energía suficiente y el grado de los resultados obtenidos sirve de guía.

Si el tabique estuviera retenido por el vacío de la caja, lo que se obtendría sería una succión inútil y no el cambio de posición hacia fuera. La aspiración debe ir precedida, pues, de una ventilación de la caja;

muchas veces hemos practicado también la rarefacción y un Politzer á la vez.

Pero en las otitis antiguas, con articulaciones rígidas, adherencias, la caja aplastada, siendo su cavidad virtual, las trompas impermeables pueden retener á pesar de todo las partes inmóviles, resistiendo á las aspiraciones relativamente moderadas hechas con los diversos instrumentos aspiradores (tubo de caucho y aspiración bucal, Siègle, amasadores, rarefactores de Delstanche, etc.).

En semejante caso (sobre todo en la esclerosis) es cuando la aspiración timpánica puede practicarse enérgicamente con una bomba aspirante cualquiera adaptada herméticamente por medio de un tubo grueso al conducto auditivo externo.

Se procederá, con una gruesa jeringa de pistón graduado, por pequeñas sacudidas, tirando el pistón de medio á un centímetro; después se volverá al punto de partida y se repetirá dos ó tres veces, guiados sobre todo por la sensación de resistencia percibida y por la acción, atentamente estudiada en el sujeto, de las primeras tracciones; pocas sesiones y cortas, y se suspende toda tracción cuando el individuo teme que le sobrevenga el vértigo (buen signo).

De todas maneras, después de dos ó tres aspiraciones, debe inspeccionarse el tímpano con el reflector y el espéculo; no es raro encontrarlo inyectado en el polo superior y á lo largo del mango del martillo; se nota que la depresión ha disminuído y que á veces se obtiene resultado inmediato desde el punto de vista de la audición y del estado cerebral. Algunas veces se producen sufusiones sanguíneas, vesículas finas hemorrágicas en la pared inferior del conducto y en el tímpano; se ha preconizado que estos accidentes no tienen consecuencias: en este caso se aplazarán las sesiones.

La rarefacción enérgica se emplea con éxito para enderezar la membrana deformada por fondos de saco adherentes; pero puede suceder que éstos sean debidos á la retracción de fungosidades de la caja todavía vasculares.

Esta depresión se enderezará por el despegamiento de las dos superficies interna y externa de la caja y las fungosidades rasgadas podrán sangrar, ó una fisura del tabique dejará filtrar la sangre después de la rarefacción.

Según el sitio de estas adherencias, pueden observarse algunas consecuencias, pero raras veces sucede; así es cómo el desprendimiento operado por la rarefacción á nivel del borde posterior del marco fué seguido, al cabo de cuatro días, de una parálisis facial; la otitis supura-

tiva inicial se agudizó por efecto de esta maniobra y la adherencia radicaba junto al conducto de Falopio, denudado sin duda desde mucho tiempo á causa de la supuración timpánica.

Tenemos la costumbre de hacer practicar un Politzer por el sujeto mientras verificamos la rarefacción; es una asociación muy lógica y de mucho efecto.

Puede hacerse seguir de un Toynbée si el tímpano es flácido, y se vuelve á empezar de nuevo. Desde el punto de vista diagnóstico, la rarefacción bien tolerada es indicio de rigidez general y de anquilosis las más de las veces; jamás un oído sano soportaría esta prueba de aspiración; inmediatamente aparecerían vértigos, presentándose si hay adherencias.

En un caso de sordera por choque violento en el cráneo, hemos visto mejorarse la audición instantáneamente después de la rarefacción que causó un vértigo con ruidos subjetivos.

Cuando el tímpano, relajado, procidente, se endereza por estos procedimientos, hay que luchar contra la tendencia al hundimiento; se ha ensayado la obliteración del conducto auditivo externo, olvidando que este conducto se ensancha á cada momento por los movimientos de la mandíbula; además, no puede soportarse ningún opérculo eficaz, porque causa dolores.

Los *óvulos* elásticos de *glicerina* que hemos ensayado no pueden ser útiles sino cuando los aplica el mismo médico aurista.

Con un tubo de caucho resistente introducido en el conducto y terminado por una pera de aire, podría ejercerse una aspiración continua sobre el tímpano, del mismo modo que se fija el estetoscopio de C. Paul adherente á la piel; todo esto es poco práctico y de resultados problemáticos; la intolerancia del órgano es extraordinaria.

2.° *Aplicaciones de colodión.* — Lo mismo sucede con las embrocaciones con colodión en la superficie del tímpano, empujado previamente hacia fuera mediante un Politzer; es necesario también que sea el médico especialista el que aplique y quite este adhesivo. Al cabo de algunos días la acción del colodión es nula para sostener el enderezamiento; además, de ello deriva una irritación local mal tolerada por el enfermo.

Una nueva aplicación de colodión sobre la superficie rojiza del tímpano muchas veces es dolorosa; la ablación de la placa seca y arrugada no tiene nada de agradable, siendo, por último, dudoso el efecto producido.

Sin embargo, en los casos de depresión del cuadrante súpero-poste-

rior, con producción de vértigos, después de haber atraído y enderezado la cúpula hundida, podrá sostenerse en esta posición mediante una capa de colodión; va bien esta acción transitoria en un punto limitado.

El éxito depende de la paciencia del sujeto; la indicación en este caso es muy clara y el efecto excelente.

Será igualmente bueno cubrir con una delgada capa de colodión ciertos puntos reblandecidos, adelgazados del tímpano, cicatrices antiguas de otitis supuradas, que se abomban, por el impulso del Politzer, é impiden el enderezamiento total por la ducha de aire, cediendo aisladamente, hasta el punto de formar una vesícula ó una bolsa prominente fuera del plano del tabique.

III

Tratamiento mecánico de las afecciones auriculares. —Masaje.—Método de Lucæ.—Movilización directa del tímpano.—Vibroterapia.—Masaje vibratorio aplicado al tímpano y á la trompa.—Amasadores vibratorios.

El excitante auricular es la vibración aérea; el oído es un instrumento cuyas partes todas son movibles y vibran; la esclerosis envara, hace adquirir rigidez, inmoviliza estas partes; se comprende por lo tanto la ventaja de un tratamiento mecánico, por medio del cual renacen los movimientos, disminuyen las tensiones exageradas y las depresiones anormales y la corriente vibratoria encuentra menos obstáculos.

La rarefacción y los ejercicios por medio de aspiraciones con el espéculo de Siègle se han descrito anteriormente y se han apreciado en su valor, como agentes de enderezamiento y de movilización de todo el aparato de transmisión; obran indirectamente sobre las partes profundas del oído por el aire del conducto, aspirado y condensado alternativamente.

Otros procedimientos ejercen una acción directa por las presiones ó vibraciones transmitidas por medio de aparatos delicados puestos en contacto con los puntos accesibles del oído medio.

A. — VIBRACIONES DIRECTAS: MASAJE. — MÉTODOS É INSTRUMENTOS DE LUCÆ, DE GELLÉ, DE BONNIER, ETC.

La excitación de la audición por los toques del tímpano es un fenómeno obtenido muchas veces por los mismos enfermos. Lucæ ha metodizado su empleo. Aplica á la apófisis externa del martillo el extremo redondeado de un tallo que se ha convertido en elástico mediante un resorte suave, incluído en el mango que se sostiene con la mano. Los vaivenes impresos á estos resortes se propagan al martillo, y por intermedio de éste (lo cual es el objeto de la operación) á los huesecillos y al estribo.

Según este autor, los resultados serían satisfactorios; de este modo una movilización delicada de la cadena y del estribo es lo que el operador desea obtener.

Como no hay adherencia del extremo del tallo, sino simple contacto, es una presión, ó mejor una serie de presiones ó de choques, lo que se transmite por esta disposición.

Si el estribo está soldado, el resultado es inseguro ó precario; si no lo está, estos choques en la apófisis externa hunden el mango del martillo y el estribo, y hay que contar con la reacción elástica de éste para poder empezar de nuevo; el laberinto de todos modos recibe una serie de sacudidas y sufre desde luego una especie de masaje muy utilizable.

Pero la posición oblicua del tímpano hace que la coaptación sea difícil de mantener.

Hay que saber además que el contacto de la pequeña superficie redondeada es muy doloroso y el enfermo apenas puede tolerar algunos instantes su aplicación.

Desde hace mucho tiempo hemos reemplazado en nuestro amasador la superficie metálica por una cabeza redondeada y lisa; á veces la recubrimos de algodón mojado; el tallito que la sostiene, á 4 centímetros de distancia, se contornea en ocho ó veinte espirales anchas, de lo que resulta la suavidad del contacto y la elasticidad del aparato, el cual está unido á un mango sólido acodado.

Este amasador directo se tolera mejor; pero las sesiones deben ser siempre muy cortas y alternar, á nuestro entender, ventajosamente con las movilizaciones por el Siègle ó por el Politzer.

Bonnier ha construído un vibrador muy suave; el contacto se obtiene por una fina ventosa de caucho.

B. — MASAJE VIBRATORIO. — VIBRADORES ALEMANES DE URBANTSCHITSCH, DE GELLÉ, DE GARNAULT, CON MOTORES ELÉCTRICOS

El tratamiento de las afecciones de la mucosa nasal por el masaje vibratorio, debía conducir á emplearlo en la terapéutica auricular, en la trompa de Eustaquio primero y en el tímpano.

Urbantschitsch, el propagador sistemático de la «Bougirung» ha publicado un trabajo muy instructivo sobre el masaje vibratorio tubárico. El instrumento es la sonda metálica, ó el tallo abotonado que sirve para las fosas nasales; el autor hace ejecutar á su extremo en contacto doscientas vibraciones por minuto con la mano.

El pico de la sonda se coloca en el pabellón tubárico ó detrás del pabellón, en el hueco retrotubárico en contacto con la pared posterior interna de la trompa.

Algunos autores obtienen un número de vibraciones muy superior por medio de la electricidad y de motores especiales (2,000, 4,000, etc.); sesiones siempre cortas y repetidas con frecuencia.

Los resultados son positivos; por el masaje vibratorio se provocan modificaciones sensibles de la circulación, de la tonicidad de las superficies, acciones tróficas apreciables y la resolución de los infartos; de estas excitaciones locales resultan además manifiestos efectos estesiógenos ó sedantes (Feré, Urbantschitsch) sobre el nervio auditivo y los nervios de las inmediaciones.

Con frecuencia, se alivian ó menguan los espasmos y los ruidos por haberse hecho permeable la trompa; hay por lo menos una mejoría por parte del oído. Se aplica también al tímpano el masaje vibratorio.

Nuestro vibrador de mano es de los más sencillos; es el amasador descrito anteriormente, de tallo filiforme arrollado en espiral hacia fuera, cerca del mango, y terminado por una cabeza redondeada y lisa; pero en ésta se inserta el extremo de una hoja de acero que hace resorte, á la que á voluntad se imprimen vibraciones que se propagan hasta el contacto, muy suaves, muy vivas y muy soportables.

La mayor dificultad es siempre la de tener el contacto fijo y no provocar dolor.

Los vibradores parecidos á largos estiletes de botón que sirven para

el masaje de las fosas nasales, se utilizan igualmente para el masaje timpánico; son movidos por las manos ó por motores eléctricos. Garnault ha construído un instrumento más suave, bastante complicado, movido por la electricidad, y cuya aplicación ha de ser muy corta. Con este aparato se obtienen hasta 6,000 sacudidas por minuto. Deberían tal vez ensayarse con el mismo objeto las corrientes alternativas de alta frecuencia que dan varios miles de sacudidas del nervio en el mismo tiempo; ¿obran de la misma manera por una excitación vibratoria? Por lo demás, sólo por la repetición es como puede obtenerse resultado en las lesiones óticas esclerósicas y nada más que en ciertos casos; del mismo modo que las trepidaciones del ferrocarril no mejoran la audición de todos los sordos.

En definitiva, las sacudidas, las trepidaciones, las vibraciones directas ó indirectas del aparato auditivo tienen una acción dinamogénica evidente (1) y sin duda también un efecto real sobre la nutrición del órgano, tanto del aparato de transmisión como del laberinto. Movilizaciones, oscilaciones, aspiraciones, presiones, determinan modificaciones transitorias de la nutrición y de la sensibilidad que, por su repetición, tienden á producir una mejoría definitiva de la función y el despertamiento de la vitalidad del órgano ó una sedación útil.

En realidad, estas maniobras tienen una potencia reconocida, manifiesta desde el punto de vista de la curación de los trastornos auditivos y de las sensaciones subjetivas (zumbidos, vértigos, oído doloroso, hiperestesia laberíntica, otalgia, etc.); pero su actividad es mucho menor para mejorar la audición.

Combinadas con el masaje, la rarefacción y el ejercicio con el espéculo de Siègle, completan una serie de medios mecánicos de los que la terapéutica auricular puede obtener los mejores resultados en los individuos pacientes y tolerantes.

IV

Medicaciones tópicas periauriculares

Se prescriben también en la esclerosis, según las circuntancias:

1.° Una revulsión en la apófisis mastoides (*moscas de Milán*, *tintura de yodo*, *botones de fuego*) é igualmente en la nuca.

2.° La *sanguijuela* (Horteloup) en las fluxiones y en la hemorragia laberíntica.

(1) Duval y Gellé. — *Bull. de la Soc. de biologie.*

3.° En los artríticos, en la forma plástica, en el momento de una crisis dolorosa con fluxión local, ruidos, vértigos, sin lesión objetiva, hemos practicado con éxito la incisión de Wilde (incisión en la región mastoidea hasta el hueso, en el sentido vertical).

4.° Las pulverizaciones de *éter*, de *cloruro de etilo* en la región mastoidea pueden calmar algunos estados neuropáticos (anemia, tensión exagerada, retintín, vértigos).

5.° Lo mismo los emplastos calmantes con *belladona* y *opio*.

6.° Guéneau de Mussy ordenaba una torunda de *algodón yodado* permanente en el conducto (tarde y noche).

7.° Los baños de oídos con mixturas calmantes (*cocaína*, *opio*, *atropina*), como sedantes del dolor ó del eretismo (ruidos, hipertensión laberíntica, espasmo, otalgia) se prescriben con frecuencia. La pomada de *mentol* (vaselina blanca, 20 gramos; mentol, 1 gramo), obra también muy bien á la entrada del conducto.

8.° Una inyección de *ergotina* debajo de la piel de la nuca es muy descongestionante (brote congestivo ó inflamatorio, ruidos congestivos).

9.° Por último, de los *masajes* metódicos del cuello y de la nuca hablaremos más adelante. El tratamiento general ha sido objeto de un capítulo separado, reservado igualmente á la exposición de la terapéutica sintomatológica.

10. En la aplicación de las *corrientes eléctricas* los electrodos se colocan en la región mastoidea y en la nuca.

CAPITULO XIV

TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS DEL OÍDO MEDIO

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

Es la última etapa del proceso cíclico inflamatorio ó trófico; el período edematoso y la proliferación han terminado; la esclerosis, la atrofia, la transformación fibrosa, la retracción de los tejidos, la inmovilización de las articulaciones y de las ventanas por depósitos calcáreos, osificaciones, induraciones, etc., se han efectuado gradual y disimuladamente; y para mejor describir la situación puede decirse que el incendio está extinguido, pero la casa ya no es habitable.

La esclerosis muchas veces es precoz; aparece sin período hiperplásico, como una lesión trófica debida á una neurosis ó como una degeneración.

Es hereditaria, diatésica; la sífilis y la gota en los ascendientes predisponen á ella. Aparece más pronto en los convalecientes, los agotados (gestación, lactancia, pérdidas); después de las infecciones su marcha es rápida; lo mismo en las toxemias y en la arteriosclerosis.

La lesión de nutrición local es una parte del descenso general de las fuerzas reparadoras del organismo; el laberinto se interesa como el oído medio.

El oído es ciertamente un órgano *minoris resistentiæ*.

La arteriosclerosis lo ataca de una manera notable, lo mismo que los transtornos circulatorios.

Sin embargo, fuera de estos casos extremos en los que no subsiste nada bueno, hay una multitud de condiciones intermedias en las que la función no está todavía totalmente perdida y el laberinto conserva cierta energía, sabiendo sacar partido del pequeño número de vibraciones que puede transmitir el aparato conductor defectuoso y rebelde.

Se trata á veces de oídos que la esclerosis no ha lesionado más que parcialmente, en los que, por una rara casualidad, no está destruído todo; quedan una ó varias partes útiles, cuyo juego continúa; á veces observamos que, siendo manifiesta la lesión, el sujeto, gracias á una inteligencia, á facultades y á una voluntad de atención poco comunes, utiliza admirablemente su órgano desamparado.

La misma lesión convertirá en sordo-mudo al niño distraído, ó sordo al individuo de inteligencia obtusa é inferior: aquí se demuestra la potencia del ejercicio y de la educación del oído. La historia de estos enfermos enseña que están expuestos á perder repentinamente la poca audición que se conserva, por la acción de una rinitis, de una angina, muchas veces bajo la influencia de una afección general (grippe), de una crisis hepática, de un acceso de gota, de una infección, etc.

II

Tratamiento

Es necesario estar siempre preparado para vigilar el estado de las mucosas rinofaríngeas; y estos cuidados concuerdan con los que exigirá el estado de la trompa más ó menos permeable (dilatación, masaje, candelillas). Su acción dinamogénica es cierta y segura.

La ventilación del oído es la segunda preocupación, una vez restablecidas las vías tubáricas, pues devuelve la normalidad.

Lo que se refiere á este particular lo hemos expuesto con todos los detalles necesarios en un capítulo anterior, y no lo repetiremos.

Las mismas indicaciones se presentan aquí que en la otitis crónica; pero los procedimientos de movilización son todavía más indispensables en la esclerosis y deben aplicarse durante mucho más tiempo y con mayor tenacidad y energía.

Si el enfermo no ha sido tratado, se le sondará; se insuflará la caja; los movimientos de la cadena de huesecillos y del tímpano se suavizarán por los diversos medios descritos anteriormente; el ejercicio con el Siègle (masaje) y la rarefacción están indicados de un modo absoluto; y el operador no tiene que preocuparse ni temer el efecto de las acciones mecánicas un poco vivas, pues los tejidos esclerósicos resisten mucho á los esfuerzos. La ducha de Politzer las más de las veces es insuficiente para restablecer los movimientos; su asociación con el masaje y la rarefacción es necesaria para modificar algo la rigidez, la situación anormal y las deformaciones patológicas de las partes induradas.

El tiempo es un elemento mayor de éxito; en presencia de una lesión antigua, no debe temerse continuar y hacer continuar por el paciente los mismos cuidados durante todo un año; la clínica demuestra que de este modo se obtienen resultados inesperados. El enfermo perseverante experimenta una mejoría sensible y manifiesta con estos medios relativamente simples y prácticos.

Lo mismo puede decirse en semejantes circunstancias de la ducha, la aplicación de candelillas y el masaje, que, como el bastón á los cojos, son absolutamente indispensables; el oído no está enfermo, está estropeado.

La otiatria posee, sin embargo, ciertos métodos de tratamiento que tienen probada su acción, y según los casos, han dado resultados, necesariamente proporcionados á la gravedad del mal, pero aprovechables; he aquí su exposición.

A.—INSUFLACIONES DE VAPORES EN LA CAJA DEL TÍMPANO

Para combatir el entorpecimiento de la cadena de huesecillos y de sus articulaciones, para disminuir la rigidez y la secura del revestimiento intratimpánico, para estimular la mucosa, despertar la nutrición de los diversos tejidos cuya circulación é inervación languidecen, se introducen en la cavidad timpánica vapores, gases y substancias líquidas; empecemos por los vapores y los gases.

Algunos vapores pueden insuflarse por medio de la pera de aire ordinaria: tales son los vapores de *piridina*, por ejemplo, estando la trompa permeable.

En un frasco de 2 litros de capacidad se vierten 4 gramos de piridina; de estos vapores se carga le pera de caucho, aspirando el aire

del frasco destapado; y en seguida, adaptándolo á la ventana nasal, se practica el Politzer, en el momento en que el paciente traga. El procedimiento de ventilación de Lévi dará buen resultado en los niños. Los vapores y los gases aspirados por la nariz se impulsarán también á las cajas con la pera de aire (lo mismo los vapores de *resorcina*, de *benjuí*, de *trementina*, de *eucaliptol*, de *mentol*, etc., de *ácido acético*, de *éter*, lo mismo que el aire que ha borbotado en una solución (frasco de dos aberturas) de *creosal*, de *brea*, etc.

Los vapores *yódicos* son peligrosos.

B.—INYECCIONES EN LA CAJA DEL TÍMPANO DE LÍQUIDOS Y SOLUCIONES MEDICAMENTOSAS CUANDO EL TÍMPANO ESTÁ ÍNTEGRO

Se comprueba primero la fácil permeabilidad de la trompa; después se coloca el catéter aséptico, en el que se han aspirado previamente algunas gotas del líquido elegido, que se impele en la caja por un Politzer vigoroso, mientras el sujeto traga.

De este modo se inyectan las soluciones siguientes: la solución de *nitrato de pilocarpina* al 1 por 100, aséptica; la de *potasa* al 1 por 400, de *cloral* al 1 por 40, de *ácido acético* diluído, de *bicarbonato de sosa* al vigésimo, de *yoduro de potasio* al trigésimo (Lévi), de *cloruro de cinc* al 2 por 100, ó de *clorhidrato de amoníaco* de $0^{gr},50$ á 1 gramo por 30 de agua.

Se produce inmediatamente dolor, con calor y ruidos espasmódicos; pero raras veces se observan accidentes cuando los líquidos son bien asépticos.

La reacción dura á veces varias horas; según el efecto producido, se repite la maniobra cada tres ó cinco días (Politzer).

Se reprocha con razón á este procedimiento rápido el ser demasiado eventual; no es seguro que penetre el líquido, entrando demasiado cuando el tímpano está perforado.

C.—INYECCIÓN DE LÍQUIDOS EN LA CAJA POR MEDIO DE LA SONDA DE GOMA INTRATIMPÁNICA

Para estar seguros de introducir líquido en suficiente cantidad para obtener una acción terapéutica tópica formal, debe emplearse el procedimiento siguiente:

Se *cocainizan* las fosas nasales. Antes de colocar el catéter grueso, se introduce en él una sonda de goma fina (1 milímetro y medio á lo más, que se deslice fácilmente y aseptizada.

La solución, calentada al baño maría, se toma con la jeringa de 5 gramos aseptizada; después se introduce la sonda en la trompa. Luego se empuja suavemente la sonda de goma vaselinada mientras el paciente deglute; se introduce de 3 centímetros á 3 centímetros y medio á lo sumo; su pico llega á la trompa ósea; entonces se adapta el pico de la jeringa al pabellón de la sonda y se practica la inyección (de 1 gramo á 2 gramos); el exceso refluye por la nariz. En general, se ve que el tímpano se inyecta ligeramente, pero después no hay dolor si la solución no es irritante (solución de *bicarbonato de sosa* (1 por 30), de *pilocarpina* (1 por 100), etc.).

Las inyecciones cáusticas necesariamente van seguidas de reacción, por otra parte, muy limitada, porque los líquidos se preparan á pequeñas dosis.

En ciertos casos tendrá que colocarse un mandril de melchor dentro de la pequeña sonda de goma á fin de darle la rigidez necesaria para que pueda penetrar; el extremo de este mandril metálico sólo llegará á un centímetro del pico de la sonda. Una vez colocado en la trompa el catéter armado de su sonda blanda, el operador lo coge al mismo tiempo que la nariz y lo fija del mismo modo que el pabellón de la sonda incluída; entonces puede retirarse suavemente el mandril engrasado con *aceite de vaselina aséptico* dejando la sonda. Puede lanzarse previamente una ducha de aire por la pequeña sonda para asegurarse con el otoscopio de que el instrumento corresponde bien á la cavidad timpánica.

Las sondas intratimpánicas son unos buenos y excelentes agentes de tratamiento; tienen un calibre suficiente para dilatar el conducto tubárico ($^{3}/_{4}$ de milímetro); además permiten lanzar con seguridad el aire, los vapores y los líquidos en el interior del órgano enfermo; es el instrumento de elección para la inyección intratimpánica.

Podría emplearse también para aspirar los exudados en ciertas condiciones; en el capítulo de la otorrea con perforación, demostramos el partido que puede sacarse de esta sonda intratimpánica. Aspirando por este medio el aire incluído en la caja, se aspira también el tímpano; si se hicieran suceder varias aspiraciones á insuflaciones de aire, por medio de esta sonda intratimpánica, se haría ejecutar una gimnasia pasiva á todo el aparato esclerosado; con la pequeña bomba del amasador se obtienen bastante bien estas útiles alternativas; pero el

calibre de estas sondas es demasiado reducido para obtener un buen resultado.

La sonda intratimpánica, sin embargo, tiene sus defectos; exige muchos cuidados; se hincha y reblandece pronto; se deteriora y se pone rugosa; si se deja de poner el mandril, se tapa fácilmente; hay que cambiarla, pues, con bastante frecuencia y aseptizarla bien (baño de solución de *fenosalil* al 1 por 100).

D. — TROMPA INFRANQUEABLE. — INTERVENCIONES OPERATORIAS. — CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA CIRUGÍA AURICULAR. — OPERACIONES.

La vía tubárica á veces es inaccesible del todo ó completamente infranqueable (adherencias, cicatrices, bridas, exóstosis, etc.).

Las relaciones inmediatas de la trompa ósea con el conducto carotídeo (pared diáfana) prohiben toda intervención *manu armata* por este lado; hay que buscar, pues, otro camino, el del conducto auditivo, y obrar sobre el tímpano para ventilar la cavidad timpánica.

Hay también otra pared accesible de esta cavidad del oído medio, que es la región mastoidea; su trepanación se ha hecho, en efecto, para la sordera esclerosa; pero es una indicación muy excepcional de esta operación.

Por otra parte, por la pared posterior del conducto se descubre bien el antro mastoideo y por su pared superior el ático; pero esto es la cirugía de la otorrea.

Es muy sensible para un fisiólogo el verse obligado á obrar sobre el tímpano, esta parte tan importante del oído, para abrirse paso hacia las regiones profundas.

En realidad, esta membrana vibrante es el tendón del músculo tensor (que le lleva hacia dentro) extendido en abanico, en embudo cuyo borde se fija en el marco timpánico. Si se incinde horizontalmente en su mitad inferior, se ve en seguida que el mango del martillo se hunde hacia dentro con la cadena de huesecillos.

La integridad de esta parte inferior del tímpano es ciertamente indispensable para el equilibrio móvil del aparato conductor; aconsejamos que se haga todo lo posible para respetarla en las operaciones que se practican en el tabique; la tensión de éste regula toda la del sistema. Este es el primer punto, pero deben tenerse presente otros. El oído

es un órgano escondido, difícilmente accesible á la vista y menos todavía á los instrumentos; el primer efecto de sus lesiones es hacer todavía más difícil la inspección y el acceso.

Cuando se opera sobre la membrana, ésta se encuentra total ó parcialmente modificada en su aspecto, en su forma y en sus relaciones. Pero además, por el hecho de la disposición anatómica del órgano, sucede que la primera incisión muchas veces no es más que el primer tiempo de la operación, una acción preliminar y mucho más frecuentemente una incisión exploradora, pues el diagnóstico se hace y se modifica *manu armata* á consecuencia de la superposición de las partes auriculares que están en mutua dependencia desde los puntos de vista topográfico y funcional.

A menos de operar sistemáticamente todos los casos, el aurista debe guiarse por sus nociones de fisiología y de anatomía patológica y por los efectos producidos sucesivamente en la marcha de los síntomas. Por ejemplo, se observa que el estribo es inmóvil; pues bien, no se sabrá si está anquilosado ó tan sólo fijado indirectamente sino después de haber desobstruído la trompa primero y ventilado la caja; sin embargo, el estribo puede permanecer todavía fijo, si una adherencia del tímpano (que no siempre puede reconocerse por la inspección) impide que el martillo se mueva ó si una brida retiene el yunque; ó bien cuando la fosita oval está llena de un exudado ó de un tejido hipertrófico, ó si la ventana redonda está en inclusión, etc.; cada hipótesis se hace aceptable sucesivamente y se reconoce falsa hasta el momento del resultado.

La cirugía auricular en este cuadro no comprende más que pocas operaciones regladas previamente ó que al menos deban practicarse en varios tiempos.

Por este hecho cada operación puede dar una solución definitiva ó bien preparar el camino para obtenerla en un punto más profundo del órgano.

En cambio los buenos efectos, los efectos curativos son relativamente bastante lentos en manifestarse; la inflamación traumática no debe temerse en la actualidad, pero para conocer el resultado es preciso esperar la reparación de las partes, la reaparición de su movilidad, de su elasticidad y de su tensión, condiciones y cualidades indispensables para la transmisión de las ondas sonoras.

Por último, una última y casi inevitable causa de disgusto ó sinsabor es la cicatrización rápida de la perforación del tímpano, la que puede quitarnos la mayor parte del beneficio obtenido por una operación más pro-

funda (movilización del estribo, sección de adherencias, desprendimiento del estribo, despegamiento del mango, etc.). Y además la inflamación no representa siempre y necesariamente el primer y principal papel en la esclerosis; muchas veces se trata de una lesión producida por una alteración de nutrición dependiente de una disminución ó de la pérdida de la acción nerviosa trófica, y con motivo de esto hay que recordar las relaciones, tan bien indicadas por Grasset y reconocidas por Régis, entre la neurastenia y la arteriosclerosis; resultan de ello *verdaderas degeneraciones*, distrofias auriculares que comprenden, tanto el órgano sensible, como el órgano periférico de transmisión.

Estas esclerosis auriculares por trofoneurosis, que Eemann (de Gante), han estudiado mucho, son el escollo de los tratamientos mejor concebidos y más concienzudos. Neurastenia, trofoneurosis consecutiva, arteriosclerosis como lazo de unión, he aquí el cuadro de esta evolución morbosa, que nuestras intervenciones operatorias nos hacen reconocer, cuando no dan por resultado el precipitar la terminación atrófica.

Antes de operar, y aunque el resultado que se busca no sea necesariamente la mejoría del oído, sino muchas veces la desaparición de ruidos y vértigos, es preciso asegurarnos de la integridad del laberinto, de su sensibilidad y de su vitalidad.

Con motivo de esto creemos que no deben hacerse demasiadas deducciones de lo que da la exploración de la audición con los diapasones: uno que perciba éstos podrá muy bien no oir la palabra. Hechas estas reflexiones, estudiemos las operaciones indicadas.

1. La miringotomía en la esclerosis

Establecida ya esta noción, que toda operación no puede ser más que preliminar, es decir, una vía abierta para otras operaciones sucesivas, nos guiará en la elección del punto de la membrana del tímpano en que debe hacerse esta primera abertura; el interés aumenta si se reflexiona que la incisión sirve muchas veces para la exploración del estado y del funcionalismo de las partes profundas.

Por tanto, puede decirse que toda la mitad posterior del tabique, pero sobre todo su cuarto superior, que corresponde á la cadena de los huesecillos y al estribo, es más interesante de conocer y de explorar que el resto.

Sobre este punto ó por este lado es donde ha de obrarse, donde debe

abrirse el tabique timpánico; de este modo se encontrará á la vista la región que interesa ver.

Hemos dicho ya por qué debían respetarse las fibras que van del ombligo al polo inferior del marco timpánico.

Por esto se ha escogido el cuadrante súpero-posterior del tímpano como sitio de elección de la incisión ó de la miringodectomía iniciales.

Expuesto ya todo esto, puede consultarse para la técnica de la primera el capítulo en el que hemos descrito minuciosamente esta operación (véase Miringotomía, instrumentos, técnica, etc.).

2.° Perforación amplia del tímpano.—Miringectomía

Hemos enumerado las precauciones que debían tomarse antes de la operación; se asearán particularmente las cavidades nasofaríngeas; se elegirá un período en que haya cesado toda manifestación en estas mucosas. Después se aseptizará el conducto. Se ha descrito ya la anestesia del tímpano; se puede prolongar el baño de cocaína y también facilitar la absorción haciendo una *simple rozadura* en la piel del conducto ó mejor del tímpano con una punta aséptica, lo que hará que la cocainización sea segura.

Aseptizados los instrumentos, preparadas las curas indicadas, el enfermo se colocará en la misma posición que para la incisión timpánica; se introduce el espéculo y el reflector ilumina el fondo. Se hace la primera incisión á lo largo del mango, de abajo arriba; después una segunda paralela tres milímetros detrás de ésta; las dos deben terminar en el borde superior del marco; una tercera incisión corta de delante atrás las otras dos y forma una H, del mango al marco; se secan con suavidad los coágulos poco abundantes, se toca ligeramente con un pincel empapado en la solución de cocaína al 1 por 200, y un momento después, se lleva allí un pincel de algodón denso, apretado y corto, mojado en la solución de *percloruro de hierro* (30° Beaumé) en medio de la H secándole en las incisiones. Escozor vivo, ligera reacción sin importancia, y tres días después por la inspección, hermosa y amplia abertura por encima del plano del ombligo, que deja al descubierto el cuarto súpero-posterior de la caja con su contenido.

Muchas veces el tímpano es bastante resistente para seccionar fácilmente un colgajo oval ó triangular en el mismo punto. Esta abertura permite todas las exploraciones y las operaciones profundas reconocidas

de utilidad. Limpieza con agua oxigenada y cura con la mecha de algodón mojada en solución de fenosalil al centésimo. Una ducha de aire permite comprobar la falta de exudado antes de terminar la cura.

3.° Perforación del tímpano con el electrocauterio

Procedimiento de elección, disposición simple; extraordinaria rapidez de ejecución; por consiguiente menos dolor. Con un Politzer se tiene cuidado de llevar la membrana hacia fuera, para que la punta no obre más que sobre ella; previamente se ha secado con algodón hidrófilo. Sabido es que la esclerosis insensibiliza el tejido.

Un cauterio fino se lleva frío en contacto con el tímpano; en un momento se pone al rojo y el humo indica que se ha hecho el agujero; pronto se apaga el cauterio y se retira rápidamente sin tocar el conducto; cuando la curvadura de éste es muy pronunciada, con facilidad se toca la eminencia de la pared inferior.

El escozor intenso se calma con bastante rapidez con algodón empapado en agua oxigenada ó en la solución de fenosalil fría, y se cura como en el caso anterior.

Se necesita mucha práctica y cierta destreza para ir aprisa y tocar únicamente el punto deseado; basta un simple contacto. Con un conducto recto, un tímpano colocado de frente puede destruirse por completo haciendo que la punta del cauterio dé la vuelta alrededor del mango del martillo.

4.° Perforación extemporánea del tímpano por medio del ácido crómico

A.—En el extremo de un fino estilete acodado en forma de bayoneta, se hacen fundir algunas agujas de ácido crómico cristalizado, muy seco, de manera que se obtenga una pequeña perla redonda, de color de cera roja; sentado el enfermo, se coloca el espéculo; se practica un Politzer para poner tenso el tímpano y enderezarlo todo lo posible; basta una ventilación; la cabeza está sostenida por un ayudante colocado en el lado opuesto.

El reflector ilumina la marcha del estilete que se lleva de abajo arriba en contacto con el segmento posterior del tímpano, entre el ombligo y el borde posterior del marco; el cuerpo del estilete se apoya ligera-

mente en la parte inferior del espéculo para quedar fijo. La duración del contacto depende del grosor del tímpano; si es translúcido y delgado, contamos hasta 10 (diez segundos) y sentimos que el tabique cede apenas se comprime; retiramos entonces el estilete, y la perforación se hace con un poco de dolor.

Si el tímpano es más grueso, el contacto debe prolongarse hasta treinta segundos á lo más; puede ser bastante grueso para que al cabo de este tiempo no se haya efectuado la perforación. Pero en el punto cauterizado se dibuja claramente una rodaja mortificada; se toca y es insensible; se incinde en forma de cruz sin dolor; los colgajos se desprenden lentamente por un trabajo consecutivo de eliminación, que tiene lugar sin exudado, sin reacción, sin dolor; la sección permite hacer la prueba inmediata de la audición.

Esta perforación dura bastante tiempo; es muy regular, pero á veces bastante dolorosa; la cura antiséptica más ligera y más suave es la mejor.

En general, los tímpanos esclerosos delgados, translúcidos y hasta transparentes, secos, atróficos, se perforan casi instantáneamente, con un agujero redondo, sin mucho dolor y sin reacción consecutiva; además es común que la perforación se conserve durante mucho tiempo, aunque sea relativamente poco extensa.

Los tímpanos gruesos, carnosos, se reparan con mayor rapidez, sobre todo en los individuos jóvenes; en diez y ocho días todo está cerrado de nuevo; después de cierto tiempo se repite la operación; la segunda perforación á veces persiste. Pero el beneficio obtenido desde el principio, aunque muy disminuído, cuando todo está cicatrizado, no se ha perdido totalmente; los muy sordos notan mucha diferencia entre su audición antes de la operación y la que persiste después de la cicatrización.

B.—*Exploración profunda á través de la abertura.*—Aconsejamos los baños y las curas antisépticas y el Politzer de vez en cuando; pero sobre todo aprovechamos la existencia de esta ventana abierta en la caja timpánica para explorar *de visu* y para hacer metódicamente el estudio de los obstáculos profundos para el buen funcionalismo del órgano auditivo.

Con un estilete fino acodado aséptico, puede penetrarse en la caja, pasar detrás del mango del martillo, cogerlo y tirar de él ligeramente, mientras que con la vista se siguen los movimientos impresos al hueso y á la membrana.

De la misma manera puede moverse la rama del yunque y juzgar su resistencia por un movimiento de delante atrás. Pero para apreciar estas

delicadas resistencias y sentir estos ligeros cambios de sitio, es necesario haber ejecutado los mismos movimientos en el cadáver y repetidas veces, antes de atreverse á obrar en el vivo, aun en los esclerosos, con tejidos muy resistentes.

Más ó menos tardíamente tiene lugar la cicatrización en la mayoría de los casos; se ha ensayado todo para impedirlo, sin poder lograrlo. Sin embargo, todos tenemos operados que conservan su perforación muy suficiente después de varios años.

C.—*¿Para qué sirve esta perforación?*—La barrera que se oponía al paso de las vibraciones del aire ó que las hacía demasiado débiles para conmover el resto del aparato, se ha quitado; la mejoría del oído es mucha y franca, si este era el único ó el mayor obstáculo. Cuando el tímpano es oblicuo en extremo y el conducto estrecho, muchas veces es imposible ver el fondo.

Si no se obtiene más que un ligero beneficio, ¿á qué se debe?

Sin duda á que las ventanas del laberinto no están libres y permanecen poco accesibles, malas conductoras de las vibraciones sonoras aéreas; se sabe que sus tensiones son simultáneas, sus movimientos y su fijeza marchan paralelamente, tanto si la lesión causal está en la ventana oval como en la redonda; ambas entradas son á la vez menos accesibles ó están totalmente ocluídas.

Pero puede saberse por la *prueba de las presiones* si el estribo es movible; lo es si las presiones modifican el sonido craneal percibido (Gellé). Veremos que el diagnóstico de las lesiones que interesan la ventana redonda no es fácil; se llega á establecer por exclusión.

D.—*Indicaciones.*—El tímpano se perforará en el caso de engrosamiento, de reblandecimiento con curvadura, de relajación parcial ó general, de adherencias ó de tensión rígida, de retracción fija resistente á la ducha de aire, de procidencia difícil de sostener reducida en posición normal, etc., y cuando la trompa es impermeable.

5.° Plicotomía

Muchas veces la otitis en su principio abomba, hace sobresalir el cuadrante súpero-posterior del tímpano; después la esclerosis retrae ciertas partes, endurece y pone tensas otras; de ello resulta una deformación de la región, caracterizada por una prominencia oblicuamente dirigida desde la apófisis externa del martillo al borde posterior del marco timpánico; si

el tímpano es oblicuo, el pliegue saliente es más visible; tapa en parte el tabique deprimido, hundido por debajo de él, la opacidad lechosa es manifestada por el repliegue del mismo tejido; pero de frente el tímpano aparece curvo, retraído, con prominencia del cuadrante súpero-posterior.

Politzer y sus discípulos preconizan la sección de este pliegue saliente; muchas veces desaparece en parte por la ducha de aire que endereza el tabique; lo interesante es la rigidez de este pliegue posterior, el cual bascula hacia adentro el martillo; tememos más bien la depresión del tabique en este punto ó adherencias al yunque, etc. Además, ¿qué puede resultar de duradero, en el período de esclerosis se entiende, de una incisión que está cicatrizada á las cuarenta y ocho horas? Solamente un ligero descanso del tímpano.

6.° Sección de las adherencias del tímpano. — Sección de las bridas. — Enderezamiento de las depresiones lenticulares en fondo de saco. — Sostenimiento de las partes enderezadas.

La deformación del tímpano, acentuada por la ducha de aire, que levanta las zonas movibles y pronuncia más las depresiones debidas á las adherencias, indican los puntos en que radican éstas. Se incinde el tímpano de abajo arriba paralelamente al mango cerca del infundibulum timpánico; después, por medio de un cuchillo delgado de hoja acodada en su extremo, que se introduce en la caja por la herida cocainizada (2 por 100) se corta por medio de movimientos falciformes la brida ó las superficies adheridas; se tira luego hacia fuera el mango del martillo para enderezar la membrana y asegurarse de que el despegamiento es completo; una ducha de aire debe ayudar este levantamiento y hacerlo manifiesto.

Cada caso particular exige ciertas modificaciones de este plan general. Los Politzer sostienen separadas las partes.

7.° Inyecciones intratimpánicas de vaselina (Delstanche)

Puede mantenerse el tímpano separado de la pared profunda, inyectando, como hace Delstanche, por la trompa, vaselina liquidada al baño maría y aseptizada.

Este autor, como se sabe, recomienda este procedimiento de inyección de vaselina en la caja para romper las adherencias en la esclerosis, sin ninguna intervención; es necesario, según él, hacerla copiosa y enérgica, para lograr el efecto mecánico.

La sonda se coloca en el pabellón de la trompa y bien aplicada se ajusta á la sonda la cánula de la jeringa llena de vaselina líquida caliente y luego se empuja con cierta fuerza el líquido, una parte del cual refluye por la nariz; á veces un crujido seco anuncia al paciente la rotura de las adherencias.

En cuanto á los depresiones limitadas, lenticulares, en fondo de saco, sabemos tratarlas ya por el cauterio eléctrico ó la perla de ácido crómico; pueden circunscribirse también por dos incisiones paralelas reunidas por una tercera en H, que pase por su centro y tocar este punto con un pincel mojado en la solución de percloruro de hierro. En general, hay poca reacción y la perforación producida se cicatriza de los ocho á los quince días, sostenida por los Politzer practicados suavemente. Asepsia, curas antisépticas, como se ha dicho antes.

Si el tímpano no es demasiado grueso, demasiado indurado, si se ha convertido en plano y cicatricial, si después de la operación ha recuperado cierta movilidad, la mejoría es posible, cuando el estribo no está soldado y además se ha conservado la energía del nervio laberíntico.

Sólo con esta última condición está autorizada la intervención.

8.° Tenotomía del tensor del tímpano

La sección del tendón del músculo interno del martillo, *tensor tympani*, en el cadáver, determina inmediatamente una relajación del tímpano, de la cadena, libera el estribo y con él el laberinto hasta la ventana redonda.

En el sordo que tiene vértigos y ruidos subjetivos, esta sección tendinosa es lógicamente aplicable, como deducción práctica de estos resultados experimentales.

Se habrán eliminado las demás causas posibles de la tensión y del hundimiento del tabique: la impermeabilidad tubárica, la soldadura de las cabezas de los huesecillos á la pared de su alvéolo (ático), etc.; si, hecha la incisión no se produce el alivio y es imposible mover el mango con el estilete acodado, la influencia del espasmo ó mejor de la retracción del

tendón y de su vaina celular se hace evidente, se deduce que éste debe seccionarse.

No es un acto operatorio sin importancia; el tendón tensor es en realidad el verdadero ligamento activo, agente de la tensión de todo el aparato; por esto su sección raras veces favorece la audición; pero no sucede lo mismo, al menos al principio, con los ruidos y los vértigos auditivos.

Por nuestra parte hemos encontrado más veces el tendón atrofiado que rígido y osificado en las esclerosis, y no puede olvidarse que, abierta la trompa, hay muy pocos tímpanos esclerosos que el Siègle no haga oscilar, es decir, que la depresión debida sólo á la retracción tendinosa es cosa rara en la esclerosis confirmada, y la induración del revestimiento de la caja representa el papel principal en la rigidez y en la inmovilización que se observan.

Por esto la sección es una operación algo abandonada. Sin embargo, cuando la insuficiencia del *stapedius*, la atonía consecutiva á las otitis van acompañadas, en los casos subagudos, de espasmos violentos del tensor ó de su contractura, por esta tenotomía pueden aliviarse con seguridad los zumbidos y los vértigos intermitentes, muy rebeldes, que de ello resultan.

Tales son las indicaciones y las contraindicaciones de la tenotomía del tensor. Para la técnica operatoria, la descripción de los instrumentos, de los diversos procedimientos, etc., pueden consultarse los tratados especiales; estos minuciosos detalles nos llevarían demasiado lejos.

9.° Tenotomía del tendón del «stapedius»

El estribo es movible; su movilidad no pasa de un décimo de milímetro (Helmholtz).

Este límite se franquea pronto cuando el tímpano se excava y los huesecillos son empujados hacia adentro, gracias á la relajación y á la hipertrofia de los tejidos.

Un ligamento activo, un tendón reflejado y un músculo se oponen á este movimiento hacia adentro y luchan para la recuperación elástica á la posición primitiva; es el *stapedius*.

En el cadáver, ábrase la caja por la pared meníngea, comprímase el tímpano; después hágase practicar la sección del tendón del *stapedius*, é inmediatamente se sentirá que todo cede por la presión y que el hundimiento es más notable.

En la parálisis facial el músculo del estribo está inerte; ya no defiende el laberinto y deja que su antagonista, el músculo del martillo, por sus contracciones reflejas, sacuda y deprima el estribo hasta el punto de causar dolor y sordera y hasta provocar el vértigo.

Si de la paresia del músculo resultan tales desórdenes, ¿qué es lo que debe temerse de la sección de su tendón?

Los motivos que han conducido á seccionar el tendón del tensor, deben inducir, al contrario, á conservar la acción del *stapedius*, ya que, en realidad, la tendencia general de las lesiones, bien evidente, es hacia el hundimiento del aparato con compresión consecutiva del laberinto; si el *stapedius* lucha y ha luchado contra esta compresión patológica, ¿por qué ha de practicarse su sección, cuando estos espasmos son el origen de los ruidos que atormentan al paciente? En todos los casos ésta debe lógicamente ir precedida de la del tendón del tensor, sin lo cual podríamos pensar en un estado comparable al estrabismo, idéntico al que resulta de la parálisis del séptimo par, con sus consecuencias (predominio del tensor).

Sin embargo, los huesecillos obedecen todavía más, como ya hemos dicho, al hundimiento del tímpano; el impulso se transmite al yunque por el martillo y al estribo por el yunque; es inevitable en la esclerosis, que convierte la cadena flexible en un «tallo rígido»; razón de más todavía para no quitar la protección del laberinto, cortando el tendón que sostiene el estribo.

Sabido es con cuanta frecuencia las lesiones inflamatorias, supurativas ó no, obran sobre las funciones del nervio facial: es admisible que las más de las veces el nervio sólido resiste y soporta ciertas hiperemias y ciertas compresiones, mientras que los ramos delicados que envía al *stapedius* son atacados ó destruídos (la paresia de la cara se manifiesta á consecuencia de otitis sean ó no supuradas).

La acción curativa de las secciones del tendón del músculo tensor no puede explicarse más que por esta paresia; en estas condiciones, la compresión del laberinto se impediría por esta tenotomía; pero hay otras.

Es cierto que en los casos de anchas perforaciones con conservación del cuadrante súpero-posterior del tímpano, los enfermos se alivian de sus ruidos y de sus vértigos por esta seccion del tensor.

La insuficiencia del *stapedius* es, á nuestro entender, muy de temer y de sospechar al final de las otitis graves y largas; y, lejos de seccionar el tendón, creemos proporcionarle la tonicidad por la acción de las corrientes aplicadas según el procedimiento de Duchenne (de Boulogne).

Supongamos el estribo movible y la ventana redonda cerrada; ¿no puede temerse que esta sección del tendón del *stapedius* no sea el origen de trastornos laberínticos á consecuencia de esta supresión de un elemento de protección del laberinto? ¿Acaso no se observa esto en la clínica?

El papel del yunque como órgano de transmisión de las presiones timpánicas y de las acciones del tensor es demasiado evidente para que no se haya llegado á pensar en su disconexión, á su extracción mejor que á cualquiera otra operación cuando el tímpano está perforado.

Esta crítica no desmerece en nada los hechos ó casos de mejoría y de curación observados sobre todo por Kessel; pero no son numerosos.

Igualmente es bueno recordar después de qué serie de operaciones ineficaces Kessel ha terminado por la sección del *stapedius*, por otra parte con éxito; indudablemente el estribo estaba soldado.

Para la técnica, así como para la descripción de los instrumentos necesarios, hay que consultar los tratados especiales; nosotros tenemos que exponer en detalle las indicaciones y contraindicaciones de estas delicadas operaciones.

10. Extracción del yunque. — Sección de la rama estapediana del yunque

Colocado en la cadena entre dos huesos sostenidos por tendones, el yunque sólo se sostiene á nivel de sus dos articulaciones muy flojas, como muy bien se sabe; por esto de los tres huesecillos éste es el que se desarticula y desprende con más facilidad por la acción de los procesos patológicos de la caja.

Esta caída produce la sordera, por romperse el lazo de unión entre el órgano encargado de recoger las vibraciones (el tímpano) y el que las percibe (el laberinto).

Una lesión frecuente es la unión, con adherencias ó sin ellas, del tímpano á la rama descendente del yunque. Entonces, si el estribo es movible, el laberinto recibe, sin intermedio elástico, las sacudidas y los choques debidos á los movimientos del tímpano, que forma cuerpo con el estribo; de esto resultan desórdenes motores y sensitivos intensos, que una intervención puede modificar ventajosamente y se alivian por la plicotomía.

Esta soldadura puede existir con los bordes de una perforación, puesto que estas lesiones suceden á las otitis supurativas.

Hemos diseñado un hermoso ejemplo de esto en el tomo I de los *Travaux du Laboratoire de Physiologie* (1885).

Decíamos antes, con motivo de la sección del tendón del músculo interno del martillo, que su retracción no es la única causa del hundimiento timpánico; en efecto, si en el cadáver se secciona la articulación incudoestapediana, con la caja abierta del lado del cráneo, se ve que los huesecillos, aunque se separen uno de otro con un estilete, vuelven á ponerse en contacto, so pena de muchos esfuerzos y destrucciones; esto todavía es más manifiesto si el oído está esclerosado.

Pero el yunque y la cabeza del estribo vuelven á ponerse en contacto, aunque esté seccionado el tendón del tensor.

Para librar el estribo de estas presiones, se encuentra indicada la extracción del yunque ó bien la sección de su rama descendente.

Esta última operación sería ciertamente una excelente solución del problema si siempre fuera fácil operar y coger el huesecillo.

El tímpano se abre extensamente en su segmento posterior y lo más alto posible; la rama del yunque queda á la vista; con el cortador de Delstanche se coge (tiempo muy difícil) la rama por encima del estribo y se fractura de un solo golpe. Cesa toda transmisión, y ya no es posible la compresión del laberinto; los ruidos y los vértigos se mejoran mucho, pero el resultado es malo desde el punto de vista de la audición cuando el tímpano se ha cerrado y cicatrizado. Con este motivo bueno es recordar que muchos individuos no se preocupan de su oído más que de un modo secundario y reclaman sobre todo que se les libre de sus zumbidos irritantes y enloquecedores.

De todas las operaciones que se practican en la caja con el objeto de aliviar el laberinto, en realidad ésta es la más lógica y la que produce menos perturbaciones.

En cuanto á la extracción del yunque aisladamente, es relativamente fácil; una vez conseguida la separación entre el estribo y la rama estapediana por una sección interarticular, con una palanca (de Bezold) se luxa el huesecillo, y se extrae con el lazo de un polipótomo ó con el instrumento de lazo ó asa metálica más pequeño que hemos hecho construir con el mismo tipo que el cortador de Delstanche; esta operación se hace rápidamente en los antiguos otorreicos con amplia perforación timpánica. Se observarán las mismas precauciones antisépticas ya descritas para antes, durante y después de la operación.

No se olvide que, en resumen, debe operarse en dos tiempos: 1.° abertura amplia del tímpano; 2.° sección ó luxación y extracción del huesecillo.

Hace muchos años que persistimos en conservar esta operación, sobre todo cuando el estribo no está fijado totalmente, esté ó no libre la ventana redonda; desde el punto de vista del alivio de los ruidos subjetivos, le debemos tanto ó más que á la operación siguiente, estando reservadas ambas para los casos que no han podido en nada modificarse por los métodos suaves aplicados durante largo tiempo.

11. Excisión y ablación en totalidad del tímpano, del martillo y del yunque

Hemos dicho ya lo mucho que quitaba las esperanzas y disminuía los mejores resultados la cicatrización rápida del tímpano después de las operaciones que se practican en el interior de la caja.

La operación radical, preconizada por Sexton, extirpa todo el aparato de transmisión, que se ha convertido en un obstáculo para ésta y tiene la pretensión de obviar este inconveniente grave.

Esta operación resume todas las que acabamos de exponer y cuyas indicaciones y contraindicaciones hemos en lo posible indicado: sección circular que desprende el tímpano del marco, sección del tendón tensor; sección interarticular del estribo y del yunque; sección de los ligamentos del martillo; extracción del martillo; extracción del yunque después de su luxación. Sucesivamente, en una sola sesión, se practican todas estas pequeñas operaciones; la caja se abre extensamente; sólo queda el estribo con su tendón estapediano.

Esta completa enucleación del aparato conductor está indicada sobre todo en el caso de otorrea, y entonces tiene por objeto extraer las partes cariadas, poner al descubierto las partes profundas de la caja y permitir su tratamiento directo (caries, fungosidades, etc.); de este modo se curan supuraciones interminables.

En la esclerosis auricular, el objeto es muy distinto; se quiere mejorar una sordera grave que se ha hecho rebelde á todo tratamiento.

El paciente se somete á este tratamiento quirúrgico con la esperanza de oir. ¿Hasta qué punto el cirujano puede participar de esta esperanza?

En definitiva, el estado de sensibilidad del laberinto es lo que domina toda la cuestión.

Hemos dicho ya lo que pensamos del valor de los resultados de la audición de los diapasones desde este punto de vista. No es éste el lugar oportuno para discutir este diagnóstico.

No habrá motivo para intentar la operación, si se juzga que el laberinto es impotente para la percepción.

Además, la operación radical, la más estrictamente radical (se ha escindido el marco ó raspado el surco del marco timpánico) no impide que el tímpano ó una membrana se forme de nuevo á nivel de la antigua.

Ciertamente puede destruirse otra vez. Sin embargo, sucede que, á pesar de esta neomembrana, el beneficio muchas veces es de los más manifiestos (Burnett, Sexton).

En cuanto al alivio de las sensaciones subjetivas, sonoras, vertiginosas, de tensión, etc., es un resultado común y ordinario de esta extensa operación, que aisla el estribo y suprime toda compresión laberíntica; para el paciente es una verdadera redención.

La indicación es entonces bien precisa; y si la platina es todavía movible ó movilizable, esta cesación de la compresión por el hecho de la operación radical es cierta, y puede afirmarse y prometerse la mejoría de los sufrimientos del enfermo, pero se guardarán ciertas reservas con respecto á la audición.

Para la técnica operatoria, pueden consultarse las obras especiales. Ya hemos hablado de esta operación al ocuparnos del tratamiento de la otorrea.

12. Movilización directa del estribo

Las operaciones descritas, pequeñas ó grandes, así como el Politzer y el cateterismo, tienen por objeto final restablecer la movilidad del estribo, comprimido ó fijado más ó menos directamente por las lesiones.

La indicación de hacer movible la platina de este huesecillo es, pues, de las más comunes. Hasta aquí indirectamente es como la operación llega á liberarlo, á despejarlo; pero puede obrarse directamente sobre dicho hueso para moverlo y libertarlo de sus trabas; en el primer caso, se practica la operación de la *movilización del estribo;* en el segundo, se procede al *desengaste* ó *desinserción* (para esto véase, Otorrea).

Para transmitir los sonidos, para propagar los sonidos graves, ó más científicamente, para que las vibraciones de cierta amplitud (sonidos graves) puedan penetrar en el laberinto (los sonidos agudos pasan fácilmente por los sólidos), es necesario que la platina del estribo sea suficientemente

depresible, lo que, en estado sano, se debe á dos condiciones: 1.° á su ligamento orbicular flexible; 2.ª á la ventana redonda simultánea é igualmente elástica y flexible.

Cuando el Politzer, enderezando la membrana del tímpano, mejora la audición, es debido á la movilidad que se ha dado al estribo; pero esto da también la certeza de que el estado de la ventana redonda permite este movimiento de *restitutio ad integrum.*

Cuando los signos indican la fijeza del estribo; cuando ni el Politzer ni la rarefacción, ni las oscilaciones impresas directamente al mango del martillo, ni la perforación del tímpano, ni la sección del tendón tensor, etc., han dado ningún resultado, y *de visu* tenemos la seguridad de que ninguna proliferación de la mucosa timpánica, fungosa ó esclerosa, encierra y comprime el estribo, bien claramente saliente y libre, visible dentro de la perforación ancha del tímpano, nos encontramos en las condiciones de una indicación precisa de intentar la movilización directa del huesecillo, cuya base está enclavada en la ventana laberíntica.

Entiéndase bien que el examen de las capacidades auditivas deja entrever la posibilidad de que reaparezca la percepción una vez las ondas sonoras puedan franquear el obstáculo.

He aquí indicaciones bien claras; operemos.

A. — *Técnica de la movilización directa del estribo.* — El estribo fijo, señalado desde mucho tiempo como objeto de tentativas operatorias (1), ha sido movilizado desde el trabajo de Boucheron, por la mayoría de los auristas franceses, con resultados muy diversos (Miot, Moure, Boucheron, etc.).

Dos casos pueden presentarse: 1.° el yunque está en su sitio articulado con la cabeza del estribo; 2.° el estribo está aislado, solo (caso frecuente después de la otorrea).

Yunque en su sitio. — Este caso se observa en la mayoría de los esclerosos; de este modo se encuentran las partes después de la abertura hecha en el tímpano en la operación preliminar; si se ha luxado y extraído el yunque, ó si, en una operación anterior, se había extraído radicalmente todo el aparato, tabique y huesecillos, únicamente se presenta á la vista el estribo. El promotor de la movilización y sus sucesores obraban sobre el estribo en conexión con el yunque.

La rama del yunque sirve de punto de referencia por arriba; el dorso del promontorio por abajo; entre los dos, en la *pelvis ovalis* es donde el operador desliza la pequeña paleta de la palanca metálica (Miot)

(1) GELLÉ. — *Précis d'otologie.*

horizontalmente, debajo de la articulación incudoestapediana: este es el primer tiempo.

Se siente que la paleta queda fija por arriba y por abajo; se empuja suavemente adentro hacia el laberinto; después se imprimen á la pequeña paleta, sostenida horizontalmente, algunas sacudidas suaves, algunos movimientos de palanca, de abajo arriba: es el segundo tiempo, tiempo difícil.

El individuo dice que siente algunas crepitaciones ó frotes; después si el estribo se ha levantado y removido, las más de las veces manifiesta que en cada sacudida percibe un ruido de viento, de soplo suave; es un ruido subjetivo provocado por la sacudida del huesecillo, transmitido sin duda al laberinto.

Hay que detenerse al presentarse este signo; entonces podrá observarse si se ha adquirido algo de audición, por medio de la palabra, ó con el reloj. Una presión centrípeta prueba la movilización.

Se cura como se ha dicho anteriormente; las curas son sencillas.

Muchas veces es necesario repetir la operación, mientras se tenga una abertura timpánica suficiente. Con los cuidados, antisepsia de los órganos, asepsia instrumental y oclusión del conducto, puede obrarse sin temor si se ha elegido el momento, es decir, que no haya complicación por parte de la faringe nasal, para intentar la movilización. Sin embargo, por razones que hemos ya indicado al tratar de las otitis esclerósicas, los resultados no están nunca á la altura de la cándida ambición de los operados, que olvidan los diez años ó más de sordera que preceden, y se imaginan recuperar una audición según sus deseos.

Pero en muchos individuos bien estudiados desde el punto de vista de las capacidades del nervio acústico que persisten, se obtiene una mejoría sensible, inmediata. Esta puede durar mucho tiempo, si la operación se ha practicado en un período relativamente poco adelantado, en un oído no seco del todo. Por desgracia, se opera tarde, y con demasiada frecuencia se observa una paresia nerviosa consecutiva. En general, después de un tiempo variable, tres, cinco, diez meses, sin duda á consecuencia de restablecerse la anquilosis, disminuye el beneficioso resultado obtenido. Hemos dicho que la cicatrización de la herida timpánica obra también en el mismo sentido. Con frecuencia, consecutivamente á una afección intercurrente, infecciosa ó de otra naturaleza, se produce la atrofia rápida de lo que quedaba del nervio acústico.

Se observa á veces, en el mismo momento de la operación que ha dado buen resultado, una disminución muy notable del oído del lado opuesto (inhibición); á veces el zumbido, que ha desaparecido en el oído

movilizado, aparece en el otro; son accidentes transitorios, pero que, sin embargo, inquietan á los enfermos. A pesar de los cuidados, algunos oídos supuran después con persistencia. La operación no debe determinar ni zumbidos ni vértigos si la parte intralaberíntica está sana.

B.—*Movilización indirecta, procedimiento del autor.*—Practicamos la movilización de otra manera; se reprocha (Politzer, Moure) con razón á este procedimiento el fracturar las dos ramas del estribo soldado muchas veces al promontorio sobre el que están colocadas. Intentamos obrar sobre el estribo, tirando la rama del yunque hacia fuera y luego empujándola por sacudidas ligeras de delante atrás *(movimientos fisiológicos normales)*. Con este objeto empleamos una palanca plana de acero, de bordes redondeados, aséptica, que introducimos á través de la herida cocainizada del tímpano, y la colocamos de canto entre la rama del yunque y el mango del martillo; algunos movimientos de rotación apoyan el borde superior de la palanca plana en el martillo y el borde inferior en la rama del yunque, que rechaza hacia atrás y afuera; la cabeza del estribo sigue los ligeros movimientos de la rama descendente del yunque. La maniobra es fácil.

Estribo aislado.—Cuando el estribo está solo á la vista á través de la perforación, la paleta es mucho más fácil de colocar, y la acción es más decisiva, pero también más difícil, y se corre más el peligro de romper las ramas del huesecillo alterado ó de hundirlo; se necesita en este caso una mano ligera y muy ejercitada.

Por último, conviene saber que ciertas disposiciones anatómicas no permiten llegar á la fosita oval situada muy oblicuamente hacia arriba y oculta detrás del borde superior del marco timpánico; entonces se alcanza muy difícilmente el estribo por el conducto auditivo, aun con la paleta ligeramente acodada de Politzer.

13. Extracción del estribo

Hemos visto que la anquilosis se reproducía y que el beneficio se perdía más ó menos rápidamente después de la movilización del estribo; de aquí la idea de extraerlo.

A.—*Indicaciones.*—La anatomía patológica demuestra la posibilidad de la formación de una membrana que reemplace, hasta en los casos de otorrea, al estribo que ha desaparecido y se ha eliminado.

Por otra parte, la experimentación de laboratorio ha demostrado que

la ablación del estribo no determinaba fatalmente accidentes graves (Flourens, de Cyon, etc.).

Sin embargo, una de las autopsias de vértigo de Menière que hemos publicado demuestra que la platina está reemplazada por una membrana. La misma sordera, que sucede inmediatamente á esta mutilación en los animales, se atenúa con el tiempo, por la formación de un tejido membranoso obturador, cicatricial.

Por último, hay operadores que han extraído accidentalmente el estribo en el curso de la operación de Sexton, sin que de esto hayan resultado otros accidentes que la persistencia de los ruidos, vértigos y la sordera (Gellé).

Esto prueba que las condiciones anatomopatológicas son muy diversas, puesto que de este modo se ha podido, sin esfuerzo ni sección tendinosa, extraer el huesecillo *involuntariamente*.

En semejante caso puede admitirse la enucleación ya preparada del estribo y pronosticar una sordera laberíntica fatal, porque esta eliminación no puede hacerse sin una participación de las paredes del vestíbulo laberíntico; esto es lo que hemos observado.

Nos encontramos aquí, como precedentemente, en presencia de esta cuestión, con seguridad difícil de resolver, cuestión que domina toda la cirugía auricular: ¿cómo está la sensibilidad? ¿cuál es el estado del laberinto? Pero hay además un elemento que se olvida en este problema, y es las condiciones en que se encuentra la membrana de la ventana redonda; según nuestra opinión, deben ó deberían ser conocidas antes de toda intervención en el estribo; pues si el estribo se ha movilizado, estando la ventana redonda fija, enclavada, comprimida en el infundíbulum estrecho y tortuoso que la precede del lado de la caja, ¿qué se producirá? El estado de vértigo permanente.

En efecto, Duplay ha insistido en ello; para la provocación del vértigo de Menière, deben encontrarse el estribo movible y la ventana redonda cerrada (la inversa es posible).

B. — *Contraindicaciones.* — La ablación del estribo hasta hoy parece que no es la panacea esperada de la sordera y de otros desórdenes auditivos; esta es la conclusión de los trabajos muy concienzudos y apoyados en hechos de Ch. Black, de Schwartze, de Politzer, etc., y añadiremos de los nuestros; no dan muchas esperanzas.

Hay, pues, un capítulo de contraindicaciones de esta operación que no encontramos en ninguna obra de otología; hemos indicado ya la dificultad de acceso á la fosita, la fractura de las ramas, el deslizamiento del huesecillo, la inclusión de la ventana redonda, la incertidumbre del

estado del laberinto, la laberintitis secundaria; pero hay otras todavía de innegable frecuencia.

La sordera y las lesiones esclerosas de aspecto ordinario pueden depender de la heredosífilis y de la sífilis adquirida, sin que ningún signo permita sospecharlo desde luego. En tal caso, se trata de una panotitis crónica diatésica, en la que todas las cavidades óticas y todos los tejidos están lesionados; todo esto se observa también con las lesiones de la supuración crónica.

Por último, ciertas sorderas suceden á las lesiones secundarias, á la meningitis epidémica, bacilar ó microbiana, que ataca al individuo en la infancia; pues bien, la menor lesión acaba en poco tiempo estas atrofias parciales.

Así, pues, antes de operar se impone una selección difícil y seria; se operará menos, pero indudablemente se curará más y con mayor seguridad.

No nos engañemos; los fracasos en manos de operadores como Cl. Black y Politzer, no son debidos á la elección del procedimiento operatorio; deben atribuirse á una de las causas que acabamos de exponer.

Los resultados, de todos modos, han sido más favorables en el caso de otorrea; parece que en la esclerosis primaria, hereditaria, diatésica, el laberinto sufre una alteración trófica análoga á la del oído medio; pero si se juzga por la osteosclerosis que se ha indicado en las antiguas otorreas, el estado de las cavidades laberínticas con mucha frecuencia deja también que desear en estas afecciones; contenido y continente están alterados simultáneamente; en resumen, ha de estudiarse este asunto.

III

Tratamiento de las lesiones de la ventana redonda

La importancia del estribo y de la ventana oval en la transmisión de las vibraciones al laberinto ha hecho, si no que se olvidara, al menos que se colocara en segundo lugar la membrana de la ventana redonda; sin embargo, ambas ventanas se relacionan y cada una de ellas es tributaria de la otra.

Si el estribo está empujado hacia dentro y fijo, resulta de ello una

tensión anormal de la ventana redonda; y no es una sola vía de penetración hacia el oído interno lo que se encuentra cerrado, sino que de seguro hay un cierre completo; pues bien, hay que pensar que debe suceder lo mismo cuando la presión se realiza en la ventana redonda y su membrana se encuentra inmovilizada y demasiado tensa.

Inclusión de la ventana redonda.—Por su situación en el fondo de una fosita profunda, desigual, anfractuosa y sinuosa muchas veces, cuyo orificio exterior tiene á veces una notable estrechez, la membrana de la ventana redonda es atacada más fácil y más frecuentemente por las proliferaciones de la mucosa timpánica inflamada, oculta por los exudados, edemas, hipertrofias, bridas, cicatrices, cubierta de fungosidades, etc. El infundíbulum que á ella conduce, colocado cerca del suelo de la caja, está situado en un divertículum de capacidad muy variable; corresponde, afortunadamente, á un sitio ancho de la cavidad timpánica; las variedades de estructura explican las de las complicaciones.

Las lesiones que se encuentran en este punto de la cavidad timpánica, sostenidas por el contacto del pus en las afecciones agudas y por los depósitos caseosos en las otorreas, son frecuentes y graves, porque tapan completamente estas depresiones y la fosita de la ventana redonda.

Esta puede estar también más ó menos aislada completamente, para suponer que su tejido no participe todavía de la lesión de las inmediaciones.

Al principio, no hay más que una obliteración sin compresión ni tensión exagerada; el papel de válvula todavía es posible; y el juego del estribo, fácil.

En el período hipertrófico, este estado puede conservarse mucho tiempo de este modo, pero se presenta la esclerosis terminal, todo se retrae y todo se solidifica; entonces cesa el funcionalismo de la válvula.

Desde entonces, si el estribo es muy movible, empieza el período de los vértigos; la menor excitación sonora, el más ligero vacío en la caja por obstrucción tubárica, el menor esfuerzo que obre sobre los músculos timpánicos, la parálisis facial también, determinan conmoción del laberinto y el vértigo por accesos ó permanente.

Siendo móvil el estribo, las presiones centrípetas, el Politzer, la rarefacción, el Siègle, bastan para provocar bien pronto el vértigo; este es el signo diagnóstico de la obstrucción de la ventana redonda y de la fijación de su membrana.

Por consiguiente, á esta fosita que precede á esta membrana útil es

donde debe dirigirse la atención y los cuidados en todas las afecciones proliferantes, fungosas, hipertróficas de la caja, pues en el momento de los depósitos calcáreos, de la esclerosis terminal, la terapéutica está desarmada.

¿Qué debe hacerse para impedir la obturación del *recessus* de la ventana redonda?

Hay que dirigir los cuidados sobre todo hacia este lado; allí se dirigirán las irrigaciones; allí se harán directamente los toques con el pincel; allí deben llevarse hábilmente las finas cucharillas cortantes, y, lo que es más fácil, los pinceles finos cargados con las soluciones cáusticas ó astringentes.

Cuando el aspecto plano de la región situada detrás y debajo de la ceja del promontorio demuestre que están llenas las depresiones óseas normales, deberá ensayarse el vaciarlas por medio del raspado, ayudado de múltiples incisiones del tejido indurado, del revestimiento engrosado.

Una punta de *cauterio eléctrico* aplicada en este punto puede, después de la caída de la escara, dejar libre la membrana colocada profundamente.

Todo esto sólo es posible en los casos de otorrea antigua con perforación suficientemente ancha, ó después de una incisión con colgajo, si el tímpano está esclerosado, en la otitis seca.

En el caso de vértigo y de zumbidos graves, reconocida esta obliteración de la ventana redonda, si es imposible libertar ésta y conservar abierto el camino, creemos que sería lógico practicar «*una ventana artificial*» á través del promontorio, es decir, abrir la rampa timpánica del caracol, que se presenta muy accesible. No hemos practicado esta operación más que en el cadáver.

CAPITULO XV

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL OÍDO INTERNO

POR

M. E. GELLÉ

Miembro de la Sociedad de Biología

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

El nervio auditivo se distribuye por los órganos periféricos de la audición dentro de las cavidades del oído interno ó laberinto. Contiene fibras nerviosas puramente sensibles á las vibraciones ambientes y encargadas de transmitir á los centros nerviosos la excitación recibida; la rama coclear es el tipo de ella.

Hay otras, las que se dirigen á las ampollas de los conductos semicirculares, dotadas de una notable excitabilidad refleja, fibras éxcitomotoras, que nacen en parte del cerebelo.

Las lesiones experimentales ó patológicas de los conductos y de sus nervios determinan la aparición de desórdenes de los movimientos, del equilibrio y de la estación bien conocidos.

Hemos demostrado además que la sección del trigémino ó del gran simpático cervical puede determinar fluxiones, hemorragias, y la supuración del oído medio y del oído interno (1878); el auditivo contiene, pues, nervios tróficos, emanación del quinto par y del gran simpático y sin duda del glosofaríngeo.

La clínica permite observar, además de las perturbaciones motrices, excitaciones cerebrales, de las que nacen representaciones menta-

les, impulsos, alucinaciones de los sentidos y de la sensibilidad general, etc., bajo la influencia de las lesiones del laberinto ó del nervio auditivo.

En las afecciones del oído interno, se observarán, pues, ora desórdenes sensoriales (ruidos, retintín, sordera), ora alteraciones de la sensibilidad general (audición dolorosa, hiperestesia acústica, anestesia, hemiparesia, algias, desórdenes de la visión); luego trastornos de la motilidad (vértigo, desequilibrio, vacilación, diplopia, etc.); después, trastornos psíquicos (alucinaciones, visiones, obnubilación, incapacidad mental, pérdida de la memoria, etc.); y también trastornos de la actividad vasomotora (sudores fríos, escalofríos, palideces, llamaradas de calor, etc.). El acceso de vértigo auricular puede presentarse bajo el aspecto de este cuadro sintomático completo.

El estudio de las afecciones del oído medio y del externo nos ha hecho ver que tienden todas á la compresión, á la irritación de los nervios laberínticos y que son el origen de las manifestaciones frecuentes de esta excitación anormal (ruidos, vértigos).

En este capítulo vamos á pasar en revista las diversas afecciones propias del mismo laberinto, á saber las lesiones intralaberínticas solas y los trastornos funcionales del oído interno.

II

Hemorragia laberíntica

Esta «sordera apoplectiforme» de los autores es un accidente tan rápido, la dislaceración de los epitelios sensoriales es tan fácil en un espacio tan pequeño por la irrupción de la sangre, que debe temerse siempre una situación irremediable.

Se prescribirá un tratamiento antiflogístico depletivo (seis sanguijuelas en la apófisis mastoides ó la sanguijuela de Horteloup). Si el sujeto es pletórico, congestivo y no albuminúrico, se imponen los *revulsivos intestinales*, una inyección hipodérmica de *ergotina* y el frío local; el régimen severo y la supresión de todo excitante se imponen. Se tendrá la habitación del enfermo muy ventilada sin calentarla. La *leche* puede tomarse exclusivamente durante los primeros días; se vigilarán los riñones y los gruesos vasos.

En los gotosos está indicado el *cólquico* (1) ó la *colquicina* según la práctica de Laborde (un gránulo de un miligramo cada media hora, hasta cinco ó seis si es necesario). En el momento del accidente ó en los primeros días, si se ve el fondo de la caja carminado, roja á través del tímpano translúcido, ó al contrario si éste es opaco, escleroso y teñido, creemos que será útil practicar la *paracentesis* seguida de baños auriculares con agua hervida templada, para facilitar el flujo sanguíneo.

Más adelante se repetirán los *revulsivos* en la apófisis y en la nuca (tintura de yodo, botones de fuego); se prescribirá con persistencia el *yoduro potásico*. El *sulfato de quinina* prestará los mejores servicios para hacer desaparecer los vértigos tenaces (método de Charcot).

En los albuminúricos, los cardíacos y los ateromatosos se observan estos accidentes súbitos y reclaman un tratamiento muy distinto (*leche*, *estrofanto*, *esparteina*, *yoduros* á pequeñas dosis).

Un baño demasiado caliente, una quinta de tos ferina, un esfuerzo, la menopausia y la afección hemorroidal puede provocarlos, lo mismo que un enfriamiento intenso de la cabeza. Las inyecciones de *nitrato de pilocarpina* deben practicarse durante mucho tiempo á dosis cada vez más elevadas (II gotas de una solución al 1 por 100).

III

Congestión del laberinto

Los órganos laberínticos están incluídos en cavidades óseas inextensibles, que las afecciones del oído medio convierten pronto en una cavidad cerrada.

La función de estos nervios consiste en percibir las menores presiones, tensiones, choques, vibraciones y las más ligeras variaciones de estos movimientos; la enfermedad exagera todavía esta facultad y las reacciones consecutivas. En las congestiones de la cabeza, de la cara, en las anginas, las fiebres, las afecciones del corazón (hipertensión), en las enfermedades pulmonares y en los trastornos de la circulación y las alteraciones de los gruesos vasos (arteriosclerosis), en la plétora intestinal, el estado hemorroidal, la menopausia, la insolación, la excitación y el coito,

(1) Así debe escribirse según la Real Academia y la Farmacopea española, y no *cólchico*, como se hace generalmente.—(*N. del T.*).

la sangre afluye á la extremidad cefálica, el laberinto comprimido reacciona en forma de ruidos subjetivos, de vértigos y de sordera, ya por acceso violento, súbito, ya en forma permanente, de estado de borrachera, de vacilación, etc.

Cuando el órgano ha estado ya enfermo, los nuevos brotes, las recrudescencias se manifiestan de esta manera, más ó menos brutalmente según la rapidez del proceso.

El aumento de la tensión vascular general (arteriosclerosis, hipertensión), la suspensión de la circulación de retorno (tumores del cuello, etc.), la compresión intracraneal de los vasos endolinfáticos, etc., causan los mismos accidentes.

La indicación patogénica es en este caso el mejor guía para el tratamiento. La congestión puede ser activa, pasiva ó refleja. La terapéutica se confunde con la de la hemorragia. El *sulfato de quinina* y los *bromuros* son muy útiles; el *arsénico* modifica la tendencia á las congestiones pasivas. Las aguas termales, las *aguas sulfurosas*, excitantes, se prohibirán; las *aguas salinas* y las *aguas purgantes*, la vida del campo modifican las tendencias congestivas; los *laxantes* y el régimen severo, vegetal, son excelentes coadyuvantes; el mar es peligroso. La vida de bufete, la vida sedentaria, son perjudiciales.

IV

Anemia del oído interno; isquemia

En un órgano debilitado, la sensación se hace dolorosa, aunque sea menos clara y precisa; incapacidad é hiperestesia, y también la hiperexcitabilidad, dependen las tres de la anemia. Se observan á consecuencia de pérdidas sanguíneas, de flujos, de la disentería, en las convalecencias, después de embarazos repetidos, de la lactancia prolongada, en la diabetes, la albuminuria, en el período de hipertensión de las afecciones del corazón, en la arteriosclerosis. Si hay un oído enfermo ó delicado, en este lado es donde los ruidos, el oído doloroso, el vértigo, la otalgia, etc., se manifiestan primero y con mayor intensidad. Por otra parte, la circulación del oído interno depende de la auditiva interna, que puede estar ateromatosa, ó comprimida ó trombosada (arteritis sifilítica del tronco basilar).

La terapéutica de estos accidentes se inspira en la noción etiológica y los resultados dependen de ello. Los ferruginosos, los tónicos, los reconstituyentes, el aire de mar, el campo, todos los medios higiénicos y terapéuticos que excitan la nutrición, los cambios y la eliminación de los residuos orgánicos deben ponerse en práctica para aumentar las fuerzas y aplacar la excitabilidad enfermiza del oído. Las duchas frías ayudarán en los individuos jóvenes; la *esparteína* en los cardíacos; el *yoduro de sodio* y la *trinitrina* en los arteriosclerosos (senilidad) y los neurasténicos (Grasset, Régis). El *nitrito de amilo* ha dado buenos resultados á Lermoyez.

La otalgia reclama á veces un tópico calmante en instilaciones auriculares; se dará el *extracto de quina* y el *quinium* de preferencia al *sulfato de quinina*, y el *cornezuelo de centeno* asociado al *hierro*.

V

Inflamación del laberinto

Afección consecutiva á los traumatismos de la base del cráneo ó del órgano auditivo, ó dependiente de la meningitis cerebro-espinal sobre todo epidémica, pero, con mayor frecuencia de lo que se dice, consecutiva á las inflamaciones agudas ó crónicas, supurativas ó no de la caja, la laberintitis es á veces bilateral; su origen infeccioso no ofrece duda; Moos ha demostrado la presencia de colonias microbianas en las laberintitis de las fiebres eruptivas. La sordera de la parotiditis, sordera laberíntica evidente, lo demuestra también demasiado; es una de las complicaciones más graves de las parotiditis.

La «enfermedad de Voltolini», esta seudomeningitis con delirio, que cura con pérdida total del oído, dejando una paresia prolongada de los miembros inferiores, ha sido referida á las laberintitis por este autor.

La sífilis y la heredosífilis atacan también los laberintos y causan con frecuencia sorderas rápidas con lesiones de la caja ó sin ellas, que reclaman el tratamiento intensivo por las *fricciones mercuriales* y las *inyecciones hidrargíricas*. En los gotosos se encuentran depósitos calcáreos en las cavidades del oído interno. El acceso de gota puede fijarse en este punto y abandonarlo bruscamente para dirigirse á otro (gota anormal). El *cólquico* y los *revulsivos* están indicados; el *salicilato de sosa*

fatiga á ciertos enfermos con los ruidos subjetivos. El *sulfato de quinina* es el calmante de las excitaciones vertiginosas; asociado á las inyecciones hipodérmicas de *cornezuelo de centeno*, al principio, en la fase aguda, puede detener el proceso. Más adelante se recurrirá á los *revulsivos*, á los *yódicos*, á los alterantes y sobre todo á la *pilocarpina* á dosis graduadas continuadas durante mucho tiempo, en inyecciones hipodérmicas. La pilocarpina será muy útil si se da desde el principio. La *estricnina* es evidentemente un medicamento que debe prescribirse para intentar despertar la excitabilidad laberíntica, cuando ha desaparecido el estado agudo; el masaje y las trepidaciones deben ensayarse también es este período. Las *corrientes continuas* y la *faradización* deben utilizarse con persistencia en semejante caso.

VI

Hiperestesia laberíntica

En nuestros cursos hemos comparado muchas veces la estructura del laberinto á la de los dientes; el quinto par da á los dos su sensibilidad exquisita, tan aumentada, desde que hay inflamación ó excitación de las inmediaciones, ó excitación central. La hiperestesia de los nervios laberínticos reconoce las mismas causas, aparece y persiste después de la otitis media, nace en la neuralgia del trigémino y redobla por la acción de las excitaciones de sus diversas ramas. Sufre la influencia de toda la patogenia del quinto par; se observa entonces otalgia, oído doloroso, temor de los ruidos, vértigos y ruidos subjetivos. Los diversos estados discrásicos, toxémicos, neurasténicos, etc., que producen la predisposición á las neuralgias de la cara, tienen también una acción electiva para el nervio del laberinto y para la función auditiva.

Esta hiperestesia es transitoria ó duradera según que haya ó no una lesión local en el oído ó restos de afecciones óticas anteriores. Resulta de ello una enervación por los ruidos que puede conducir á la incapacidad para el trabajo intelectual y al insomnio, y provocar la aparición de una psicosis de las más graves, capaz de determinar el suicidio.

Por otra parte, la continuidad del estado vertiginoso causa una ansiedad, una emotividad constantes, que hacen deplorable la vida del paciente.

Después de las otitis gripales y en la convalecencia de las enfermedades graves, el agotamiento de las fuerzas nerviosas aumenta todavía más estos sufrimientos.

El tratamiento por excelencia de estos estados hiperestésicos, muy comunes después del tratamiento local apropiado, consiste en la administración del *sulfato de quinina* según el método de Charcot; y en los neurasténicos en la acción de las *duchas frías*, que obran maravillosamente, aun en la otitis que todavía esté en supuración.

Se habrá practicado desde luego la ducha de aire, y si hay necesidad, una paracentesis para librar al laberinto de toda compresión. Si hay parálisis del facial, el tratamiento por las *corrientes continuas* restablece la influencia antagonista del *stapedius* y evita las conmociones espasmódicas debidas á las contracciones sin compensación del músculo tensor.

El *sulfato de quinina*, á falta de lesión ótica objetiva, en la anquilosis de los huesecillos, en la esclerosis, calmará la sensibilidad enfermiza del nervio. Durante dos ó tres series de diez días, con intervalos de ocho ó diez, el paciente tomará tres obleas de $0^{gr},25$ á $0^{gr},30$ de medicamento; una oblea á cada comida.

Algunas veces se auxiliará con la instilación de algunas gotas de una mixtura calmante *opiada*, *morfinada* ó de *atropina* (sulfato de atropina, $0^{gr},05$; clorhidrato de morfina, $0^{gr},15$; agua de laurel-cerezo, 20 gramos). Se vierte por medio de una cuchara caliente, con la cabeza inclinada, casi horizontal.

Se tratarán la anemia, la arteriosclerosis, el estado cardíaco, etc., como hemos dicho anteriormente; se recomendará el reposo lejos de los negocios, en el campo; se vigilarán las funciones de nutrición; podrá procurarse el sueño por el uso del *bromuro de potasio*, del *trional*, del *sulfonal*, etc., y hasta por la *morfina* en ciertos casos.

El *acónito* unido al sulfato de quinina, está indicado si hay coincidencia de neuralgias, odontalgias ó cefalalgias.

El *arsénico* asociado á los *amargos* ó á la *coca*, es un medicamento muy útil, sobre todo en los antiguos hemicránicos, que con tanta frecuencia se ven atacados de ruidos y de vértigos *ab aure læsa*.

La sífilis es una causa común de lesiones y de desórdenes auriculares laberínticos, y debe pensarse en ella cuando el tratamiento precedente no ha dado resultado; las *fricciones mercuriales* y el *yoduro de potasio* á dosis elevadas están indicadas desde entonces.

VII

Desórdenes laberínticos en las toxemias

Se observan ruidos subjetivos y vértigo con sordera al principio de la albuminuria, en las fiebres graves (arteritis infecciosas), en el paludismo, en el saturnismo, el etilismo, en los eterómanos, los sifilíticos, etc., á consecuencia de la asfixia por el óxido de carbono (estufas de combustión lenta, escapes de gas, etc.), y en la uremia.

La intoxicación por el tabaco, la acción del sulfato de quinina y del salicilato de sosa, etc., producen el mismo efecto en el laberinto. Muchas veces á estos fenómenos auriculares se añaden excitación cerebral, alucinaciones terroríficas del oído, de la vista y de los movimientos, oído doloroso y zumbidos excitantes.

La indicación terapéutica se deduce del conocimiento de la causa tóxica que hay que suprimir desde luego. Los *antisifilíticos* á dosis intensivas, los purgantes (autointoxicación); las *emisiones sanguíneas* (asfixia, uremia); el *yoduro* (saturnismo); los *calmantes opiados* (insomnio); el *régimen lácteo* (albuminuria, etilismo), responden á indicaciones especiales urgentes.

VIII

Excitaciones laberínticas reflejas

Exista ó no una lesión ótica reciente ó antigua, se observan desórdenes auditivos laberínticos (sordera, ruidos subjetivos y vértigos) bajo la acción de afecciones distantes, ó su agravación por esta acción á distancia sobre el órgano de la audición ya enfermo.

Estos ruidos y vértigos reflejos son frecuentes.

Se les ve preceder con mucho tiempo de anticipación, tan sensible es el reactivo del laberinto, á las lesiones esclerosas progresivas que conducen fatalmente á la sordera, que se había llamado al principio sordera nerviosa, por falta de diagnóstico.

La influencia de la patología gástrica sobre el oído es de las más activas y de las más manifiestas; las dispepsias, la dilatación y la gastralgia favorecen singularmente la aparición de los ruidos y de los vértigos, ó causan su agravación.

Está comprobado que los tratamientos dirigidos contra todas las formas de los desórdenes digestivos y de los sufrimientos gástricos alivian y disminuyen al mismo tiempo los ruidos y los vértigos llamados *a stomacho læso* (*tintura de cannabis, agua clorofórmica*). Raras veces son simplemente gástricos; debe verse sobre todo en ellos la acción refleja de una afección gástrica sobre el laberinto ya predispuesto por una lesión ótica antecedente.

Los *regímenes* lácteo, seco ó legumista; la supresión de ciertas comidas, carnes negras, la caza, etc., de vinos y licores que provocan las crisis gástricas, son excelentes tratamientos de las excitaciones laberínticas.

Del mismo modo se mejoran con las aguas de *Vichy*, de *Marienbad*, de *Karlsbad*, de *Alet*, de *Pougues*, etc.

En general, lo hemos dicho muchas veces, y hay que repetirlo, la mayoría de nuestros sordos diatésicos esclerosos han sufrido varios años de estos trastornos vertiginosos ó subjetivos auriculares que se han referido siempre á malestar del estómago. Si con estas curas han mejorado desde el punto de vista del vértigo y de los ruidos, la sordera ha progresado fatalmente, porque el oído se ha descuidado en absoluto.

Estos trastornos auditivos se indican también á consecuencia de las afecciones uterinas, hemorroidales, cardíacas, torácicas, hepáticas y renales. Si el aparato del oído estaba lesionado precedentemente, la repercusión en el laberinto es más marcada y más grave: la arteriosclerosis, ¿no es el lazo de unión de estas múltiples manifestaciones diatésicas? Se cree fácilmente en un estado neurasténico, en una neurosis; los trastornos tróficos, sin embargo, son evidentes; y la sordera total es frecuentemente la terminación de estos estados llamados trastornos reflejos, sin lesion ótica, demostración de la lesión laberíntica desconocida.

Los disgustos graves, los accesos de gota, los dolores prolongados, las jaquecas, las cefaleas, las crisis hepáticas y nefríticas, las neuralgias, etc., dan origen muy frecuentemente á desórdenes laberínticos; y la sordera sucede al estado de eretismo, primero general y después localizado.

¿No se sabe que se han observado lesiones óticas vasculares y tróficas de las más graves (hemorragia, supuración) á consecuencia de heridas experimentales del gran simpático cervical, del quinto par, del pneumogástrico, etc.? (Gellé).

TRATAMIENTO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LOS OJOS

TRATAMIENTO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LOS OJOS

CAPITULO PRIMERO

NOCIONES PATOLÓGICAS É INDICACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES

acerca de las

ENFERMEDADES DE LOS OJOS

POR

PH. PANAS

Profesor de la Facultad de París, Socio de la Academia de Medicina

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Papel de la cirugía en terapéutica ocular

La terapéutica ocular es á la vez médica y quirúrgica; á esto se agregan los medios pertinentes á la óptica (lentes convexas, cóncavas, cilíndricas, hendidura estenopeica, prismas) para lo que se refiere á los vicios de refracción y de acomodación, comprendiendo también el desequilibrio de los músculos motores del globo.

La parte quirúrgica ocupa indiscutiblemente el primer lugar, y en parte alguna se ha desplegado el ingenio de los operadores tanto como en oftalmología. Para apreciar el valor de los métodos y de los innumerables procedimientos operatorios, es necesario atender menos á la reputación de los autores que al conocimiento exacto de las *indicaciones* que cada procedimiento puede cumplir. Merced á esta selección, se logra reducir los procedimientos verdaderamente útiles á uno ó dos, mientras que, clasificándolos por el nombre de los autores, se contarían veinte, treinta y

más en detrimento de la práctica común y ordinaria y del interés de los enfermos. Para hacer bien patente y demostrativa esta verdad, citemos algunos ejemplos tomados al azar.

A.—El *entropión* y la *triquiasis*, que es su consecuencia, exponen la córnea y por tanto el ojo á los mayores peligros. Se han preconizado todos los procedimientos imaginables para combatir esta afección, frecuente sobre todo en las regiones ó comarcas donde reina la oftalmía granulosa, diftérica ó de otra naturaleza. Resección de tegumentos, suturas y cauterización ígnea, rizado ó peinado de las pestañas y transposición de éstas bajo un puente cutáneo, avulsión de su bulbo, todo ha sido sucesivamente ensayado casi siempre sin grande éxito, hasta el momento en que se han comprendido y bien interpretado las condiciones necesarias para lograr un buen resultado.

La indicación principal consiste en el enderezamiento del cartílago tarso cicatricialmente incurvado. Lo propio que para las curvaduras raquíticas de los huesos, es necesario, pues, atacar el esqueleto del párpado, de otro modo denominado tarso. Snellen concibió la primera idea de ello practicando la escisión cuneiforme, la que fué más tarde substituída por una simple sección transversal en bisel, ó la perpendicular adoptada por nosotros. Para asegurar el enderezamiento definitivo del tarso, han de fijarse los hilos enderezadores no á la piel, sino al ligamento suspensorio del párpado. Además, en vez de desdoblar completamente el borde libre, como hacía Aetius, y después Jeach, Arlt, se ideó conservar cuidadosamente el vínculo ó punto de unión del colgajo ciliocutáneo al borde del tarso, de modo que pueda emplearse como un ligamento tractor ectropiante. Por último, y esta es una condición descuidada en pretendidos procedimientos simplificados, es necesario disecar el párpado en toda su altura, de manera que resulte un *plastrón cicatricial subcutáneo*, que, comprimiendo continuamente la incurvación anormal, asegura el resultado definitivo.

En adelante, todo procedimiento contra el entropión cicatricial no podría considerarse perfecto si no reuniera las tres condiciones anteriormente indicadas, á saber: enderezamiento por sección del tarso; fijación de las suturas en el mismo esqueleto del párpado; producción de una capa cicatricial pretarsiana. A los que prefieren todavía la marginoplastia por interposición de piel en el *suelo* ciliar, les objetaremos que de tal suerte se deja subsistente la curvadura raquítica del tarso con detrimento de la córnea y contrariamente á lo que exige la estética; testimonio de ello una joven americana, que habiendo sufrido la marginoplastia en el ojo izquierdo y después la operación á que damos la preferencia

en el lado derecho, se condolía vivamente de la molestia y deformidad resultantes de su primera operación.

B.—La *ptosis congénita* depende, como es sabido, de la falta de acción del elevador. Provenga esta impotencia de la parálisis del nervio motor ó de la falta de desarrollo del cuerpo carnoso del músculo, no podrá remediarse sino substituyendo la acción del elevador por la del occípito-frontal. Para conseguirlo, no hay nada mejor que la anastomosis quirúrgica directa del párpado caído al músculo frontal. Contentarse con una simple brida cicatricial obtenida por la aplicación de una asa de hilo cortante ó galvánico, es fiarlo al azar, á más de que provoca la hinchazón y supuración del párpado. El simple acortamiento de éste y aun del tarso y del ligamento palpebral (procedimiento de Gillet de Grandmont), no resulta mucho mejor.

C. — La misma enseñanza se desprende del estudio del *pterigión*, que no podrá tratarse provechosamente sino partiendo del hecho, actualmente ya conocido, de que la afección reside en una alteración esclerósica del limbo de la córnea y no de la conjuntiva. Para obtener resultado, se intervendrá sobre la córnea por escisión, raspado ó cauterización ígnea del vértice opaco del pterigión denominado *uña*. La conjuntiva adherente apenas necesita ser liberada por un tijeretazo, aplicando luego uno ó dos puntos de sutura con catgut.

D. — Cuando las *manchas ó nubes antiguas* de la córnea se infiltran de depósitos calcáreos, grasosos, hialinos ó amiloides, únicamente el raspado y el vaciamiento ó extirpación del tejido esclerosado pueden detener el proceso necrobiótico y restituir á la parte opaca su prístina transparencia.

E. — Contra los *quistes* de los párpados, de las cejas, de la conjuntiva y de la órbita, sean adquiridos ó congénitos, la ablación *total* con el bisturí es preferible á todos los demás medios ectróticos. Unicamente, en efecto, con la intervención cruenta se pueden extirpar con seguridad la totalidad de las paredes de la bolsa y asegurar con ello la curación definitiva. La misma conducta ha de observarse con los *angiomas* circunscritos ó encapsulados, y con los quistes entozoarios de la órbita.

F. — Sabido es que actualmente la cirugía reparadora de los párpados entraña dos grandes métodos: la *autoplastia con pedículo viviente* (la que ha servido para ilustrar varias generaciones de cirujanos desde la antigüedad india hasta nuestros días), y la *heteroplastia*, en que se utiliza una porción de los tegumentos, piel ó mucosas, enteramente separada ó desprendida.

La *heteroplastia*, llegada posteriormente, pues que sólo se remonta

hasta Garangeot (nariz arrancada por el mordisco de un hombre y repuesta con éxito), no ha dejado de despertar grande entusiasmo. La importancia de este método se ha atribuído á la simplicidad de la ejecución, á la no producción de una nueva deformidad al lado de la que se trataba de reparar y á la posibilidad de tomar los colgajos de diversas especies animales.

Se ha llegado hasta á considerar caduco el método clásico de autoplastia, cuyos éxitos llenan los anales de la ciencia y son incomparablemente superiores á los de la heteroplastia. Mientras que los colgajos de pedículo viviente conservan definitivamente todas sus propiedades físicas y vitales, sin vínculo ó lazo de unión con el organismo, una vez adheridos, lo que no siempre se logra, se reabsorben hasta quedar reducidos á la sola capa epidérmica ó poco menos. Es esto tan evidente que el perfeccionamiento introducido en el nuevo método consiste en comprender únicamente en el colgajo la parte más superficial del dermis, queriendo acercarse así á la epidermización de Reverdin, de la que el procedimiento de Tiersch sólo difiere que por el previo raspado de los mamelones carnosos cuando la herida es supurante.

En definitiva, la preeminencia ó supremacía vuelve de nuevo á la operación clásica de autoplastia (indiana, francesa, italiana), reservando la heteroplastia, según Tiersch, para los casos en que, por la extensión destruída y la indocilidad de los enfermos, no se puede obrar de otra manera.

G. — De *blefaritis* ó inflamación de los párpados existen numerosas variedades, que se diferencian entre sí por el asiento ó localización de la lesión y por la causa provocadora. El borde libre, muy rico en folículos pilosos y glándulas sebáceas, comprendiendo también las sudoríparas de Moll, viene á ser el punto ó sitio de predilección de las blefaritis. Es necesario saber bien que las diátesis reumática, artrítica y linfática desempeñan aquí un papel importante, de lo que deriva la necesidad de instituir siempre el tratamiento médico é higiénico al mismo tiempo que el *local* por los colirios y pomadas. La higiene de los párpados exige ante todo limpieza, tal como se obtiene por medio de frecuentes lavados con agua hervida simple ó con *ácido bórico*, *bórax* ó *bicarbonato de sosa*. Si esto no bastare, el cepillado del borde libre hecho por la noche con una torunda de algodón impregnado de aceite con *biyoduro de mercurio* al 4 por 1000, tendría la ventaja de esterilizar la flora microbiana que se encuentra constantemente en los bordes palpebrales. En caso de irritación de éstos, como suele observarse en los individuos rubios, se obtienen buenos resultados con toques repetidos de una solución débil de *nitrato de plata* al 2 por 100.

Igualmente se preservarán los ojos de la acción nociva del calor, de la luz viva, solar ó eléctrica, de los polvos, los gases y vapores irritantes, por medio del uso habitual de vidrios coloreados, ajustados al ojo tan completamente como sea posible. Respecto al *régimen*, se deberán proscribir los alcoholes, los alimentos salados y todo cuanto pueda irritar la piel (pescados de mar, mariscos, fresas, etc.).

H.—Lo que acabamos de decir de las blefaritis puede aplicarse exactamente á las *conjuntivitis*. Aquí también una terapéutica bien razonada sólo logrará resultado teniendo en cuenta las diátesis, dicho de otra manera, el terreno; las condiciones exteriores mencionadas ocupan aquí un lugar secundario.

Además de los padecimientos locales, las blefaritis y las conjuntivitis de larga duración acarrean graves complicaciones como la caída de las pestañas, epífora por hipersecreción ó estenosis de los conductos lagrimales, dacriocistitis con todas sus consecuencias, ectropión llamado mucoso. A más, las foliculitis y las adenitis palpebrales contribuyen con más frecuencia de lo que se cree á infectar la córnea y determinar queratitis flictenulares, ulcerosas ó hipopiónicas, que pueden ocasionar la panoftalmía. Se comprende, pues, cuánta importancia tiene cuidar los párpados y la conjuntiva con un tratamiento tan prolongado como sea necesario, recordando que se trata á menudo de *dermatosis*, eczema, pitiriasis, impétigo, acné, etc., afecciones cuya tenacidad y recaídas son bien conocidas de los dermatólogos.

I.—Varias *afecciones de la órbita* necesitan de la intervención quirúrgica. Tales son el flemón con ó sin absceso, las osteoperiostitis con secuestro, los aneurismas y los angiomas, las exóstosis, los quistes óseos, el lipoma, el fibroma, el encondroma y todas las variedades de sarcoma, comprendido el endotelioma, tan especialmente frecuente en este punto.

Es inútil decir que la intervención deberá variar según se trate de una ú otra de estas entidades morbosas, á las que hay que añadir los cuerpos extraños, especialmente los proyectiles. Los puntos sobre que podemos insistir los resumiremos del siguiente modo.

Ha de tenerse bien presente que la órbita, especie de encrucijada donde converjen los senos frontales, maxilares, esfenoidales, como también el laberinto etmoidal, los conductos ópticos, las hendiduras esfenoidales y esfenomaxilares constituye el término de lesiones consideradas como propias de esta cavidad, y que en realidad pueden serle solamente accidentales ó contingentes. Desde que se han conocido mejor las osteosinusitis cráneofaciales, muchas caries, necrosis, gomas, exóstosis, periostosis,

tuberculosis, tenonitis, etc., se ha comprobado que en realidad no eran más que inflamaciones de los senos.

Como ejemplo de errores diagnósticos de esta clase, citaremos la observación ó caso de un adulto, que hacía diez años que tenía una fístula en la cola de la ceja, lo cual había producido una lagoftalmía cicatricial y secuestros del frontal. El diagnóstico establecido por cirujanos y oftalmólogos eminentes, tanto en Francia como en Alemania, osciló entre una necrosis sifilítica y una osteítis tuberculosa. Múltiples tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, se emplearon en varias ocasiones sin el menor resultado, hasta el momento en que fué posible averiguar que se trataba de una antigua sinusitis frontal por ocena. Con la trepanación del seno se demostró la exactitud del diagnóstico y se pudo obtener la curación del enfermo.

El siguiente ejemplo no es menos demostrativo. Me fué enviada últimamente una joven de las clínicas de cirugía del Hôtel-Dieu, por fístulas purulentas múltiples existentes alrededor de la órbita izquierda. El ojo del mismo lado estaba amaurótico hacía unos quince días, á pesar de que el oftalmoscopio no revelara alteración alguna del disco óptico; no había tampoco flemón orbitario. Nuestro diagnóstico fué el de empiema del seno maxilar, que fué confirmado por la intervención quirúrgica. El drenaje seguido de inyecciones de *cloruro de cinc* al 1 por 10, y luego *fenicadas*, terminaron dicho estado, excepto la amaurosis, debida á la compresión del nervio óptico á nivel de su ingreso en la órbita.

Hasta el presente, todo tumor de curso crónico de una ó de las dos órbitas con exoftalmía pronunciada, se consideraba invariablemente como sarcoma, y la pronta intervención operatoria parecía de rigor. Habiéndonos encontrado con semejantes tumores bilaterales en individuos todavía jóvenes y exentos de sífilis, nos creimos autorizados á tratarlos previamente con los preparados *arsenicales* administrados al interior, y se obtuvo la curación. A los casos consignados en nuestra Memoria, comunicada al Congreso de Londres en 1895, han venido á agregarse otros, de manera que actualmente la clase designada por nosotros con la denominación genérica de *neoplasmas seudomalignos* de la órbita, merece ser conservada. No hay que decir que los sifilíticos entran en esta categoría, sólo que en este caso estarán mejor indicados el *mercurio* y el *yoduro potásico*.

No debe olvidarse que la órbita puede contener quistes entozoarios, especialmente cisticercos. Como las paredes generalmente son gruesas, casi carnosas, y se agregan brotes inflamatorios, fácil es comprender que hayan podido confundirse con los sarcomas. Se evitará el error

teniendo en cuenta la frecuencia de estos quistes en las regiones ó comarcas en que el cisticerco reina de un modo endémico.

J.—En la terapéutica del *desequilibrio de los músculos extrínsecos* del globo (los cuatro rectos y los dos oblicuos), hay que emplear, según los casos, medios tomados de la óptica, de la medicina y sobre todo de la cirugía. Unas veces se trata de *parálisis;* otras, y casi siempre, de *incoordinación pura* de los movimientos del globo.

Por lo que se refiere á la *parálisis*, se divide en *espontánea,* la más común de todas, y *traumática.*

Esta última raras veces depende de un desgarro de un músculo ó de su tendón, y en los dos casos, la sutura simple, si es necesario practicada con anterioridad, constituye el mejor tratamiento.

Casi siempre se trata de lesiones del nervio motor correspondiente, á consecuencia de una herida ó hendidura de la base del cráneo á nivel de la región anterior y sobre todo media. De todos los nervios, el *abductor* es entonces el más interesado, según un mecanismo que hemos procurado establecer basándonos en las relaciones del nervio, la experimentación cadavérica y las raras necropsias hasta el presente conocidas. En semejantes casos, la terapéutica se confunde con la de las fracturas de la base del cráneo y no ofrece desde luego nada de especial.

Las parálisis llamadas *espontáneas* se dividen á su vez en reumáticas, sifilíticas, tabéticas y por compresión que dependen de tumores ó de paquimeningitis.

A medida que se va estudiando con mayor detención la clase de las parálisis consideradas reumáticas, van cada vez más desapareciendo para ceder su lugar á las tabéticas, sifilíticas, tuberculosas, meningíticas, infecciosas ó debidas á focos por parte de los centros. El tratamiento puramente médico variará desde luego según se trate de una ú otra forma.

Las *sinusitis*, especialmente las del seno esfenoidal, pueden ser también su punto de partida, si bien reclaman un tratamiento rinológico especial. Del mismo modo que para el nervio óptico, se trata de meningitis basilar por propagación.

En el *estrabismo paralítico* resultante, aparece de ordinario una diplopia muy molesta, que puede provocar el vértigo y el titubeo. Para prevenirlo, se recurrirá á paliativos, como el uso de una pantalla opaca, ó de un prisma con la base vuelta del lado del músculo paralítico. El empleo de este último, justificado en principio, sólo puede con todo prestar servicios limitados, dada la poca extensión de su campo de acción, su peso, que lo hace incómodo, la deformación de los objetos y la irisación de sus bordes, desde que se pasa de los núms. 4 ó 5.

La *tenotomía* y el *adelantamiento muscular* sólo están indicados después de la curación de la parálisis, á la que había seguido la retracción del músculo antagónico. Si se ha sostenido lo contrario, es porque no siempre se han tenido en cuenta ciertas parálisis esencialmente transitorias, como se observan en el curso de la tabes, en histéricos y en individuos afectos de jaqueca oftalmoplégica.

Cuando se intervenga operatoriamente, se procurará proceder al adelantamiento del músculo paralizado anteriormente, que se acortará si es necesario, y no se practicará la sección del antagonista sino cuando fracase la prorrafia.

El *estrabismo no paralítico*, llamado también *concomitante*, ha puesto á prueba desde muchos años la sagacidad de los operadores. La gran frecuencia de este desequilibrio muscular en la infancia, su origen á menudo hereditario, y la dismorfia resultante, sin omitir la debilitación de la agudez visual en el ojo más desviado, bastan para explicar los numerosos esfuerzos sucesivamente intentados.

Al principio, se preconizó el uso de lentes estenopeicos (opacos); mas bien pronto se evidenció la poca eficacia de tales medios. A su vez los cirujanos, asimilando el estrabismo al pie zambo congénito (Stromeyer, Bonnet de Lyón, Phillips, Jules Guérin, etc.), han propuesto y practicado un sinnúmero de veces la miotomía, que cedió su lugar á la tenotomía, combinada ó no con el adelantamiento del tendón y de su cubierta aponeurótica.

Con los éxitos reales y verdaderos, se cuentan numerosos fracasos, cuya causa se ignoró, mientras que en la patogenia del estrabismo se consideraron sólo los músculos, agentes manifiestamente subordinados.

Donders fué el primero en insistir acerca la unión ó relación que existe entre el estrabismo y los vicios de refracción (hipermetropía, miopía, astigmatismo, anisometropía). En estas condiciones, los ojos, en vez de tener sus ejes paralelos, convergen ó divergen anormalmente, sobre todo de los dos el más amétrope ó el más ambliope, por falta de transparencia de los medios, nubes ú manchas de la córnea, catarata ó parálisis del nervio óptico y de la retina.

Desde entonces, el tratamiento *óptico* del estrabismo, por el uso de cristales apropiados, entró de derecho en la práctica. Aplicado tempranamente y con perseverancia, cuenta muchos éxitos, á condición de que los dos ojos gocen de buena agudez visual ó que se haya obtenido merced á ejercicios previos y al aclaramiento de los medios.

Otra causa del todo *dinámica* reside en los trastornos de la conver-

gencia y de la acomodación, vinculados de ordinario á la ametropia. Los cristales que corrigen esta última los remedian en parte, pudiendo añadirse el empleo de los prismas y de los midriáticos en colirio.

Sea como fuere, los medios ópticos no pueden aplicarse sino cuando se consigue una mejoría progresiva manifiesta, como ocurre en la infancia. Pasados los nueve años, resulta casi siempre inútil persistir, y se ha de proceder á la operación, pudiendo después prescribirse cristales correctores apropiados y ejercicios, con objeto de restablecer el juego fisiológico de los músculos.

Hemos dicho anteriormente que el verdadero medio de tratamiento del estrabismo consiste en la intervención quirúrgica. Si cuenta todavía con fracasos y semifracasos, es porque se ha tenido una idea imperfecta acerca de la *patogenia* de la incoordinación muscular.

Según la definición generalmente adoptada, se incrimina un solo ojo, mientras que el congénere, reputado indemne, sirve para la fijación de los objetos. Merced á un examen clínico profundo ó detenido, bien pronto nos convencemos de que los *dos* ojos se desvían en *cantidad igual* en adducción ó en abducción, de lo que deriva la concomitancia forzada de los arcos excursivos de los dos ojos. Conforme á esto, el ángulo de desviación del ojo bizco de un modo permanente, corresponde en realidad á la mitad; la otra mitad se debe al esfuerzo verificado por el ojo considerado indemne que se endereza para fijar. La bilateralidad del estrabismo concomitante encuadra por otra parte con la idea que tenemos hoy día de la convergencia, función cuyo cumplimiento regular necesita el equilibrio simultáneo de los cuatro músculos rectos, más la integridad de los nervios que los animan y del centro encefálico coordinador. Como en esta clase de estrabismo, al menos al principio, los músculos congéneres y los antagonistas, así como sus nervios, son normales, ha de atribuirse, pues, el desequilibrio á un trastorno del centro coordinador. Este centro, cuyo funcionamiento es incierto ó inseguro, y en algún modo rudimentario al nacer, se perfecciona rápidamente para satisfacer las necesidades de la visión binocular. Esto explica por qué los ojos amétropes, anisométropes y ambliopes, están mucho más sujetos al estrabismo que los emétropes y dotados de una agudez visual normal. Ello explica también, en iguales condiciones, el papel etiológico del nervosismo y de la herencia.

En realidad, el estrabismo es el análogo del pie zambo congénito, casi siempre doble, y se comprende que la operación no pueda restablecer el equilibrio sino actuando sobre los dos ojos á la vez. Estamos convencidos de que conformándose á esta regla operatoria, los éxitos serían cada vez más numerosos, sobre todo si se tiene cuidado, cuando el estrabismo sea

fijo, de añadir la elongación del músculo desviador y de su cubierta ó vaina en la sección del tendón.

Merced á este conjunto de precauciones, se logrará corregir desde luego y en una sola sesión el estrabismo, y se acabarán las intervenciones operatorias repetidas, como se practicaba en tiempo de Graefe, que con pretexto de *dosar* los efectos de la tenotomía, procedía en realidad por puros tanteos. El complemento indispensable son los ejercicios estereoscópicos.

Supuesto que los estrábicos son en general nerviosos, no se descuidará el tratamiento médico por medio de las duchas, ejercicios gimnásticos, la vida al aire libre y el alejamiento de toda causa de conmoción psíquica.

Nos hemos de excusar de haber insistido tanto en la cura del estrabismo, pero en parte alguna como ésta tendría mayor importancia el arte de las indicaciones terapéuticas y de los múltiples medios puestos en práctica.

K.—Con el nombre genérico de *oftalmías*, se ha designado en todo tiempo la inflamación del globo del ojo y sus anexos. En cada época las ideas reinantes han influído de un modo especial en las clasificaciones. Por lo que se refiere á la localización, se han subdividido primitivamente las oftalmías en *externas* ó superficiales é *internas* ó profundas. A principios del siglo pasado, se ha querido individualizarlas todavía más, de lo que han resultado las queratitis, iritis, ciclitis, coroiditis, retinitis, neuritis ópticas, hialitis y fakitis. En la época en que las diátesis desempeñaban el principal papel, se las atribuía al reumatismo, á la gota, la gonorrea, la sífilis, al linfatismo, escrofulismo y á diversas pirexias. Lejos de entrar en contradicción, estas clasificaciones se completaban con gran beneficio de la terapéutica, y lo que faltaba encontrar era el *agente patógeno* apto para hacer evolucionar el proceso flogístico. Este gran descubrimiento, que ha revolucionado la cirugía y ha aprovechado á la terapéutica de nuestros días, corresponde por completo á la bacteriología fundada por Pasteur.

¡Cuántos progresos logrados en cirugía ocular desde que, gracias á la antisepsia y á la asepsis, las operaciones más delicadas, entre otras la catarata y la anaplastia, producen los mejores y completos resultados aun en el caso de que sea desfavorable el terreno!

¡Cuántas provechosas enseñanzas se desprenden ó derivan del conocimiento de los microbios y de sus asociaciones en el tratamiento de los *traumatismos* del ojo, desde que sabemos que la exo y la endoinfección intervienen para agravar de un modo especial el curso del proceso!

Aparte de las grandes dislaceraciones, el pronóstico y el tratamiento de las heridas del globo del ojo se nos presentan actualmente bajo muy distintos caracteres. La misma *oftalmía simpática*, gracias á la antisepsia, tiende á ser menos frecuente y más accesible á los medios medicamentosos. He aquí por qué la *enucleación*, que hasta hace poco constituía la regla en los traumatismos graves, viene á ser cada vez más la excepción.

Las *conjuntivitis* por gonorreas, difteria, tuberculosis, lepra, etc., son tratadas más acertadamente desde que se conocen los microbios productores de las mismas. Muchas iritis, coroiditis, neurorretinitis y muchas hialitis consideradas como diatésicas, aparecen hoy día claramente vinculadas á las *toxemias*, tanto microbianas como provocadas por los desgastes orgánicos de los tejidos ó por venenos venidos del exterior y cuyo número aumenta sin cesar. De aquí otros tantos recursos terapéuticos nuevos, entre los que basta citar la *seroterapia*.

II

Terapéutica general en oculística

Dado el gran papel que desempeñan las toxemias, la terapéutica general ante todo ha de procurar el purificar la sangre. Sin querer ser detractores de los antisépticos químicos administrados por la boca ó en forma de inyecciones hipodérmicas, como tampoco de los lavados modificadores y de las inyecciones intravenosas, consideramos que la mejor manera de librar al organismo de los principios patógenos, consiste en obrar sobre los principales emunctorios naturales, como el tubo gastrointestinal, los riñones y la piel. Por tanto, á los *evacuantes, diuréticos* y *sudoríficos*, como la sábana mojada, el masaje, las fricciones, el ejercicio corporal y las aguas termales, principalmente las *salinas* y las *sulfurosas*, es á lo que debemos recurrir. Desde mucho tiempo concedemos un valor terapéutico muy escaso al *jaborandi* y á las inyecciones hipodérmicas de *pilocarpina*. Esta medicación tiene el inconveniente de quitar fuerzas al enfermo y trastornar profundamente el estómago y el corazón en cambio de un beneficio medicamentoso discutible.

Todo esto no impide, como se supone, el tratar localmente los órganos, presunto origen de la infección.

En apoyo del tratamiento depurativo general, citaremos el caso de una señora afecta, en la edad de la menopausia, de un voluminoso

fibroma del útero con hemorragias repetidas, al mismo tiempo que coroiditis plásticas bilaterales. Después de un tratamiento infructuoso, aunque prolongado, por el mercurio en inyecciones, el yoduro potásico y el arsénico, curó de sus coroiditis merced á dos curas sucesivas en las aguas cloruradosódicas de *Biarritz*.

Igual curación, en este caso inesperada, de un desprendimiento de la retina por las aguas de *Salies-de-Béarn*, en una señora de cincuenta y cuatro años, miope de nueve dioptrías y afecta de un voluminoso fibroma del útero complicado de hemorragias graves.

Desde mucho tiempo la edad crítica se ha considerado fértil en complicaciones oculares, especialmente en lo que toca á las inflamaciones del tractus uveal. Se explica el hecho invocando reflejos misteriosos que por ahora quedan sin demostrar. Creemos que se trata más bien de una toxemia debida á la suspensión del flujo menstrual, emunctorio natural de las toxinas contenidas en la sangre. La existencia de una endometritis fétida, tan común en las mujeres ancianas, de un fibroma, y la predisposición creada por el terreno, como en los gotosos, escrofulosos, diabéticos, albuminúricos, etc., contribuyen á su vez á hacer más eficaz la intoxicación por los microbios ó las toxinas.

Este mismo año una mujer con cataratas ingresó en la clínica del Hôtel-Dieu. El examen de la orina manifestó la existencia de azúcar. Mientras estaba sometida al tratamiento de la diabetes, se observó la evolución de una coriorretinitis purulenta espontánea izquierda, luego una pneumonía derecha y poco después una coriorretinitis purulenta derecha. Sobrevino luego rápidamente la ceguera y la muerte. En la autopsia se encontró endometritis purulenta, un fibroma del útero hecho papilla y focos por infartos sépticos en el pulmón. El examen bacteriológico demostró la existencia de estafilococos en el útero, el pulmón y los dos cuerpos vítreos. Cultivos puros de este estafilococo inoculados en el ojo de un conejo, produjeron panoftalmías, prueba evidente de que se trataba de un microbio eminentemente virulento.

Una segunda enferma de cincuenta y dos años solicitó ser tratada en nuestra clínica por una coroiditis plástica bilateral. Se estableció por analogía el diagnóstico de coroiditis infecciosa, no habiendo encontrado en el primer momento en el útero ni en los otros órganos nada que pudiera justificar el presunto origen. No anduvimos desacertados, puesto que algunos días después, procediendo á un nuevo examen de la enferma en su cama, no tardamos en descubrir en la región dorsal un enorme ántrax indoloro, del que ella no se quejaba.

Aparte de los evacuantes, de los que hemos intentado establecer la

importancia, la oftalmología clínica está destinada á poner en práctica otros agentes medicamentosos tomados de la medicina general, como: los *yoduros alcalinos,* el *yodoformo*, el *arsénico* y sobre todo el *mercurio.* Por lo que se refiere á este último, gozan de cierta preminencia las fricciones y sobre todo las inyecciones intramusculares, prefiriendo nosotros las solubles, mejor dosificables que las inyecciones de *calomel.* Su único inconveniente estriba en el dolor y en la producción de nudosidades consecutivas. Para obviarlo, empleamos una solución oleosa de *biyoduro de mercurio* al 4 por 100, y desde entonces no observamos ya ni reacción local viva, ni salivación, ni diarrea, ni vestigios de albúmina en la orina. En cuanto á los efectos terapéuticos, son tan rápidos como notables. La dosis es de un centímetro cúbico.

La *anestesia*, esta gran conquista de los tiempos modernos, tiene su aplicación tanto ó más en oftalmología que en cirugía general. La gran sensibilidad del ojo y de los párpados al menor contacto y el temor que inspira la aproximación de un instrumento, explican el favor ó aceptación de que goza la anestesia entre los enfermos y no menos entre los operadores, deseosos de atenuar los sufrimientos y asegurar el éxito de las intervenciones.

Sabido es que existen dos clases de anestesia, una *local*, limitada á la sola esfera de acción del cirujano; otra *general,* que implica la narcosis total del sujeto. Cada uno de estos métodos tiene ventajas é inconvenientes que deben señalarse.

III

De la anestesia local

La *refrigeración*, obténgase por una mezcla de hielo y sal, por pulverizaciones de éter ó de cloruro de metilo, no podría emplearse, dada la extrema irritabilidad del ojo. El gran *desiderátum* de la anestesia local no se logró hasta el día en que se tuvo la feliz idea de practicar instilaciones de *cocaína* para las operaciones en la córnea y la conjuntiva, é inyecciones intersticiales para las de los párpados, los músculos ó el globo en conjunto.

Merced al colirio de clorhidrato de cocaína, la operación de la catarata y la iridectomía han resultado indoloras ó poco menos. Si se tiene cuidado de no prolongar demasiado la acción de este anestésico (bastan en general cinco minutos) se evita la exfoliación del epitelio corneal y la

hipotonía cocaínica del ojo. Todo iría á pedir de boca si no quedara un punto débil, que fuimos los primeros en señalar, á saber: la ineficacia de la cocaína en instilaciones siempre que el ojo está inflamado. Esta impotencia es igual en las inyecciones parenquimatosas. De ello deriva el precepto ó consejo de recurrir siempre á la anestesia general en todos los casos en que esté inflamado el ojo.

Sabido es que las inyecciones de cocaína son tóxicas; por tanto, será prudente no pasar de la concentración del 1 por 100. Como la esfera de acción de la anestesia queda limitada á la sola parte infiltrada por el líquido que se inyecta, á menudo se han de practicar alrededor una ó varias inyecciones. Se evitan en tal caso los efectos tóxicos, recurriendo á soluciones aún más débiles, al 1 por 200 ó 300, que, si se calientan á 45°, tienen una acción anestésica igual y hasta superior. De todos modos, para las operaciones de larga duración (blefaroplastía, tumor de la órbita, trepanación de los senos), para las profundas en donde la cocaína logra sólo una anestesia incompleta (enucleación, estrabismo por adelantamiento), damos la preferencia al cloroformo.

IV

De la anestesia general

No desconocemos los inconvenientes y peligros de la anestesia general, pero compartimos la opinión de los que creen qne el *cloroformo* puro bien manejado presta servicios incalculables; de todos los anestésicos, es el más fácil de manejar, y los peligros á él inherentes se reducen á una cifra relativamente insignificante. Para que así suceda, basta saber en qué consiste el peligro, única manera de evitarlo.

La mayoría de los operadores consideran que el cloroformo causa la muerte por síncope, ó dicho en otra forma, que obra como un veneno del corazón. Pues bien, una dilatada experiencia, que comprende varios miles de cloroformizaciones que nos ha sido dable practicar, tanto en cirugía general como en oftalmología, ha llevado á nuestro ánimo la convicción absoluta de que el síncope *primario* es raro, y que, en la gran mayoría de casos, se trata de la asfixia *aguda*, manifestándose por palidez de los tegumentos (asfixia blanca de Brouardel); ó bien, y esto es muchísimo más frecuente, de asfixia *lenta*, en la que el individuo toma el tinte cianótico característico del ahorcado y del ahogado. Que se prolongue una ú otra

de estas asfixias, y el pulso, cesando de latir á su vez, hará creer á todo observador no prevenido en la suspensión primaria del corazón, ó dicho de otro modo, en la muerte por verdadero síncope.

Respecto á este punto, la clínica está completamente de acuerdo con la experimentación en los animales. Vulpian, Laborde y otros fisiólogos han establecido perfectamente que la causa más frecuente de la muerte clorofórmica radica en la asfixia por *espasmo de la glotis,* bajo la influencia de un reflejo bulboprotuberancial provocado por la acción directa de los vapores de cloroformo sobre la mucosa respiratoria.

Abundan las pruebas de la realidad ó certidumbre de este mecanismo, en oposición al de la muerte por síncope primario.

Si verdaderamente el cloroformo obrase como un veneno del corazón, su acción estaría en relación directa con la cantidad absorbida é inversa del peso del sujeto. Pero no sucede así, pues la estadística de Sabarth y las posteriores han demostrado que la anestesia se hace temible sobre todo al principio, cuando la cantidad media de cloroformo empleado, comprendido el que se evapora por el aire, no ha pasado de 4 gramos. En cambio, en el período de saturación designado con el nombre de período de tolerancia, casi nunca se han presentado accidentes.

No menos sorprendente es el hecho de la tolerancia del cloroformo en los niños y aun en los de teta, comparada con la mortalidad en los individuos adultos. Si el cloroformo obrara como un tóxico, ocurriría precisamente lo contrario. Esta diferencia se explica por la razón de que los niños resisten á la cloroformización gritando, esto es, abriendo ampliamente la glotis, mientras que los adultos contraen sus cuerdas vocales y se ponen apneicos, presentándose la asfixia con todas sus consecuencias.

El cloroformo impuro, ó que se ha descompuesto por la acción de la luz, contiene cloro, cuerpo eminentemente irritante para la laringe, dando lugar al espasmo glótico, que conduce á la asfixia.

Los cardíacos toleran muy bien el cloroformo, mientras que ocurre todo lo contrario en los enfisematosos y los asmáticos. De todas las malas condiciones personales, el histerismo, el nervosismo, el miedo, figuran en primer lugar; también en estos individuos es necesario redoblar las precauciones.

Partiendo de estas premisas, se pueden formular las siguientes proposiciones:

El cloroformo y los anestésicos en general, administrados á dosis terapéutica, son menos peligrosos por su toxicidad que por la acción irritante que determinan en el orificio glótico, provocando la oclusión por espasmo.

Como nueva prueba, se podría citar el caso de muerte fulminante ocurrida en un enfermo, al que Trousseau acababa de tocar la pared posterior de la faringe con un pincel mojado en amoníaco.

Como el espasmo laríngeo intercepta no sólo la entrada del aire sí que también la de los vapores anestésicos, no podría suponerse que los accidentes que subsiguen sean de orden tóxico. Desde luego, vigilar la respiración procurando asegurar su regular funcionalismo constituye la regla fundamental de toda anestesia, sea cual fuere el agente que se haya empleado. Tan pronto como el rostro denote por su palidez ó la coloración violácea y la distensión de las venas la falta de hematosis, hay que cerciorarse de la regularidad de la inspiración y de la espiración. Bajo este punto de vista, la elevación de las costillas y del hueco epigástrico no significan nada, pues así sucede, por ejemplo, en los individuos sumergidos, cuyos movimientos mecánicos de la respiración subsisten por mucho tiempo cuando no penetra la menor cantidad de gas ni del líquido en los bronquios. Es por haber desconocido esta particularidad que los que se guían por el estado del pulso no se dan cuenta del peligro hasta que es irremediable, por ser aquí como siempre el corazón el *ultimum moriens*. Es, pues, muy natural que para ellos los accidentes clorofórmicos se reduzcan al síncope.

Si hasta el presente todos los anestésicos conocidos han ocasionado muertes, tanto el cloroformo como el *protóxido de nitrógeno*, el *amileno*, el *éter*, el *bromuro de etilo*, etc., es porque, independientemente de su toxicidad respectiva, todos pueden provocar el espasmo glótico y por tanto la asfixia por ápnea.

Todos los medios capaces de hacer cesar cuanto antes el espasmo en cuestión constituyen el áncora salvadora. Son bastante conocidos para que nos baste enumerarlos.

Al menor signo de asfixia, se suprimirán las inhalaciones; levántese el mentón para poner tensos los genioglosos, que tiran la base de la lengua hacia delante, y con ella la epiglotis; se practicarán tracciones rítmicas de la lengua, cogiéndola con unas pinzas; límpiese la faringe de la saliva y de las mucosidades que la cubran por medio de una esponja ó de una torunda de algodón; se imprimirán al tórax y á los brazos movimientos rítmicos análogos á los de la respiración normal; en los casos graves, practíquense insuflaciones con la sonda laríngea, faradizando si es necesario el pneumogástrico. Es muy raro que, procediendo de este modo antes de que pare el corazón, no se consiga prevenir las desgracias.

V

Tratamiento local

Entre los medios terapéuticos de esta clase, indicaremos ante todo las depleciones sanguíneas por medio de las *sanguijuelas* y las *ventosas*, cuya eficacia es indiscutible. Así se observa que en las queratitis y las iritis agudas en que hayan fracasado los otros medios tópicos, muy á menudo los dolores, la fotofobia y la congestión cesan como por encanto después de la sangría local en la sien, á condición de que sea de alguna abundancia, y que el enfermo permanezca durante veinticuatro horas en la obscuridad. La *sangría* general, casi abandonada equivocadamente hoy día, está llamada á prestar verdaderos servicios en algunos casos de oftalmías peragudas en que dominan las manifestaciones fluxionarias.

Las *aplicaciones calientes*, en forma de compresas, envueltas con tafetán engomado, de cataplamas, duchas de vapor, son de uso muy corriente y no menos útiles, sobre todo cuando se trata de calmar el dolor ó la fotofobia, ó de combatir la hiperemia y de activar la reabsorción de exudados plásticos, tanto parenquimatosos como cavitarios.

El *frío húmedo*, tal como se obtiene con la aplicación de compresas evaporantes, más raramente por vejigas de hielo, sustrayendo una gran cantidad de calor latente, disipa la hiperemia, calma los dolores y retarda el trabajo supuratorio. Este medio está, pues, indicado en los traumatismos, tanto accidentales como quirúrgicos, como también en los procesos flemonosos del ojo y de la órbita.

Los *midriáticos* y los *mióticos*, por su acción sobre los músculos del iris y como modificadores del tono del globo, son de aplicación corriente en forma de colirios ó de pomadas de vaselina.

Los midriáticos, aparte de su acción dilatadora, obran como anestésicos locales; de aquí su indicación cuando se combate la fotofobia y el elemento dolor sin hipertensión. Al contrario, los mióticos, al mismo tiempo que estrechan la pupila, rebajan el tono del ojo y son convenientes en el glaucoma, las úlceras profundas de la córnea y el queratocono.

La *revulsión*, método tan pronto preconizado como proscrito, debe, á nuestro entender, ser empleado más frecuentemente, sobre todo en las flegmasías tórpidas y en el período de declinación de las más agudas. Bajo el nombre de revulsión, debe comprenderse todo medio capaz de derivar el proceso flegmásico del ojo, creando un foco de reacción más ó

menos próximo á la parte enferma. Así acontece con los *vejigatorios*, la *tintura de yodo*, la solución alcohólica de *veratrina*, el *sedal* filiforme ó un *cauterio* mantenido en la sien. Ya la cirugía grecoárabe había pródigamente empleado aplicaciones de cauterio alrededor de la órbita y hasta en el sincipucio. El desbridamiento de la comisura externa de los párpados ó *cantotomía*, la tonsura de la conjuntiva, la misma estrabotomía nos han permitido comprobar el efecto curativo del traumatismo. Las inyecciones subconjuntivales más ó menos irritantes obran principalmente por su acción revulsiva. Recordemos, para terminar, los saludables efectos para el ojo de ciertas erisipelas faciales que en pocos días hacen desaparecer la iritis y las queratitis ulcerosas graves, sin intervención de tratamiento alguno general ni local.

Las *escarificaciones conjuntivales*, junto con la depleción sanguínea, obran como un medio revulsivo; por ello es que proporcionan positivos resultados en el quemosis inflamatorio y en la oftalmía granulosa.

La *medicación substitutiva*, que de tal modo predomina en oftalmología, entraña el empleo de agentes irritantes locales, como colirios, pomadas, polvos, lápices á base de sales de *mercurio*, *cinc*, *cobre*, *plata*, *plomo*, *hierro*, *manganeso*, *bismuto*, *cadmio* y *alumbre*. Entre las substancias de la misma clase, mencionaremos el *áloes*, el *tanino*, el *yodoformo* y sus derivados, el *fenol*, *salol*, *naftol*, *formol*, *ictiol*, la *creosota*, el *jequiriti* y el *violeta de metilo*. La mayor parte de estos agentes tienen propiedades irritantes substitutivas, al mismo tiempo que antisépticas. Unicamente el *ácido bórico* no es irritante, y conviene para el abundante lavado del ojo del mismo modo que el *permanganato de cal* y el *agua esterilizada*.

El jequiriti y la *inoculación blenorrágica* son poderosos substitutivos, pero cuyo empleo debe reservarse para los casos en que la córnea se encuentra completamente cubierta de pannus. Obrar de otra suerte sería exponerse á la perforación y á la fusión purulenta del globo.

El *masaje* en seco ó mejor combinado con el uso de polvos ó de pomadas modificadoras, tiene una innegable acción resolutiva. Sobre todo en la oftalmía granulosa y en las manchas de la córnea, este medio ha proporcionado los mejores resultados. Se ha intentado nuevamente sacar partido de ello para algunas coroiditis plásticas de marcha lenta, así como en el desprendimiento de la retina y en la embolia de la arteria central. Los resultados, hay que confesarlo, han sido aquí menos satisfactorios.

La *electrolisis*, aplicada con éxito al tratamiento de los tumores eréctiles difusos de los párpados y de la órbita, se ha propuesto igual-

mente para combatir las granulaciones, la estrechez del conducto lácrimonasal y el desprendimiento de la retina.

Por lo que se refiere á esta última afección, con raras excepciones, este método ha resultado tan poco eficaz como todo lo que hasta aquí se había intentado.

El empleo de dicho medio de tratamiento es, por otra parte, de lo más sencillo. O bien se hace penetrar en los tejidos que se trata de destruir una sola aguja, la correspondiente al polo negativo, mientras se aplica á poca distancia la bola ó la placa terminal del polo positivo, ó, como en los angiomas, se introducen muy poco separadas las dos agujas á la vez, lo que constituye la electrolisis bipolar.

La *deligación quirúrgica* es de aplicación diaria. De este modo la venda ya fija, ya suelta, y de tela casi siempre negra, sirve para proteger al ojo del aire, el polvo y la luz viva. En muchos casos se aglutinan previamente los párpados por medio de tiras de esparadrapo de Inglaterra, como en los casos de traumatismo ó de lagoftalmía paralítica. Cuando se trata de preservar el ojo sano de la contaminación blenorrágica de su congénere, no basta dicha precaución; es mejor recubrir el ojo sano con un vidrio de reloj al que se pone un marco de colodión. Igualmente después de la extracción de la catarata, diversos operadores substituyen el vendaje fijo de tela ó de punto por otro de diaquilón ó hecho con una tira mojada en la pasta de Unna, y que se aplica de una á otra sien.

A de Graefe corresponde el mérito de haber generalizado en la práctica el empleo de vendajes en ocho de guarismo llamados monóculo ó binóculo. Según el grado de constricción, se denomina *oclusivo* ó *compresivo*. Para prepararlo, se toma una tira de tela, de franela, tarlatana ó de crespón, que tenga de 5 á 7 centímetros de ancho por 4 ó 5 metros de largo; además, un número variable de rodajas de algodón hidrófilo esterilizadas por el calor. Se cortarán las rodajitas á mano, con las tijeras mejor para que los bordes no resulten duros. Se procede, entonces, del siguiente modo: cerrados los párpados, se aplica un pedazo circular de tarlatana salolada ó yodofórmica; encima una bolita de algodón del tamaño de una almendra en el hueco del ángulo mayor del ojo, y después se superponen las rodajas de algodón hasta el nivel del reborde orbitario. Si se pusiesen menos podría el ojo moverse bajo el vendaje, y una cantidad mayor ejercería sobre el punto más saliente de la córnea una compresión dolorosa cuando no peligrosa. La constricción de las vueltas del vendaje deberá ser mediana, detalle importante, y que sólo puede adquirirse con la práctica.

Ateniéndose á las precedentes reglas, esta forma de deligación es la

más perfecta en los casos de traumatismo, de operación de catarata con colgajo, de úlceras perforantes de la córnea, de queratocono, de desprendimiento de la retina sometido á la compresión.

Todo cuanto se ha dicho en esta introducción, puede convencer de cuán rica es la oftalmología en recursos terapéuticos, médicos, quirúrgicos ó tomados de la óptica. Para emplearlos provechosamente, es necesario penetrarse de las *indicaciones* que informan cada método y cada procedimiento, del papel hoy día preponderante de las sepsias, sin omitir el del terreno, que crea la predisposición para los diversos procesos morbosos de que es asiento el ojo. Esta última condición deriva de la herencia ó es adquirida, y en los dos casos, coexiste ó no con otras manifestaciones en el organismo. Sin dejar de ser cirujano, el oftalmólogo será al propio tiempo médico y terapeuta, sin descuidar tampoco los trabajos del laboratorio de histología, fisiología, bacteriología y de medicina experimental. Semejante tarea requiere, pues, como se comprende, mucho tiempo y no menos laboriosidad.

CAPITULO II

TRATAMIENTO DE LAS INFLAMACIONES DE LOS PÁRPADOS

POR

E. VALUDE

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Hiperemia del borde libre de los párpados

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Conviene colocar en el primer grado de las inflamaciones de los párpados la hiperemia simple del borde libre, la cual es una afección muy común y que no siempre llama la atención del médico; ocasiona no obstante á veces molestos trastornos y una incomodidad ocular bastante notable. El borde de los párpados es algo rojo, de un rosa jamón y de aspecto luciente; este estado va acompañado de comezones frecuentes y hasta de verdadero escozor, sobre todo después de algún rato de lectura ó de trabajo.

La hiperemia del borde libre de los párpados se presenta frecuentemente en los hombres que fuman mucho y sobre todo en los que pasan muchos ratos en el café, expuestos al humo del tabaco. Se observa también en los obreros sometidos á la acción de ciertos vapores irritantes (fosforeros) ó en aquellos que trabajan en atmósferas pulverulentas.

B. — TRATAMIENTO

Lo primero que ha de intentarse con el tratamiento es suprimir, si es posible, la causa que habrá originado la afección palpebral.

Casi siempre, sin embargo, la hiperemia de los párpados se presenta en individuos simplemente sometidos á un excesivo trabajo de fijación, como acontece á algunas obreras en las que el esfuerzo ocular resulta tanto más fatigoso cuanto se encuentran en un estado con frecuencia avanzado de clorosis ó de anemia. En estos casos ante todo se ha de procurar investigar el estado de refracción del individuo y obviarlo por medio de cristales apropiados á la ametropía, que desempeña aquí el principal papel dificultando el juego normal de la acomodación. En los miopes, basta á menudo facilitar la convergencia, dificultada por cierto grado de insuficiencia muscular, y se prescribirá el uso de los prismas; en los hipermétropes, serán necesarios los cristales convexos. Aun sin verdadera ametropía, la hiperemia de los párpados puede depender de una astenopía acomodativa debida á la anemia; se aconsejarán entonces delgados cristales convexos simultáneamente con preparados de *hierro* y *quina*.

Como tratamiento tópico, se indicarán al enfermo lavados diarios muy calientes con una solución *boricada*, ó simplemente con una infusión de *manzanilla* ó de *te verde*. El te verde, cuyas hojas tienen este color por haber sido puestas á secar sobre placas de cobre, reune, en efecto, ciertas propiedades astringentes por efecto de la pequeña proporción de sales de cobre que contiene.

II

Blefaritis

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La blefaritis, que es la inflamación característica de los párpados, consiste en una lesión que ha llegado al segundo grado, si se compara con la hiperemia palpebral; las mismas causas irritativas son muy susceptibles de producirla, pero aquí resulta predominante la cuestión del estado general y ésta es la que dará á la enfermedad el aspecto que ha de caracterizarla.

Se ha descrito, en efecto, según los distintos signos exteriores, una regular variedad de blefaritis; pero en realidad, y con respecto al tratamiento sobre todo, importa considerar dos clases: la *blefaritis escrofulosa* ó *linfática*, que se observa más bien en la infancia, y la *blefaritis herpética* ó *eczematosa*, que es patrimonio de la edad adulta, en la gran mayoría de casos.

Las causas exteriores no deben descuidarse cuando se estudian las blefaritis y los medios de tratarlas, pero es necesario considerarlas como apenas capaces de provocar la aparición de la enfermedad en su terreno especial. Unas veces la acción de polvos determinará la blefaritis escrofulosa, otras provocará la aparición del eczema de los párpados. Con respecto á la terapéutica surgirán, pues, dos cuadros distintos según se trate de la blefaritis linfática de los niños ó de la blefaritis eczematosa de los adultos, sin que ello signifique quitar nada de su valor al tratamiento local.

B. — TRATAMIENTO

1.° Tratamiento de las blefaritis linfáticas

Siendo la suciedad una de las principales causas del desarrollo de la blefaritis, ante todo se recomendarán lavados frecuentes, bien con *agua boricada*, bien con agua común *hervida* y *muy caliente*. Esta prescripción se establecerá como medio profiláctico y para impedir el retorno de la enfermedad.

En el período de estado, la blefaritis escrofulosa se tratará de la siguiente manera: en el caso de la forma hipertrófica no ulcerosa, se aplicará por la mañana una ligera capa de la siguiente pomada de *precipitado rojo*, sobre el borde de los párpados y por fuera del mismo:

Vaselina.	10 gramos
Subacetato de plomo	1 gramo
Bióxido rojo de hidrargirio.	0 gr. 20

M. s. a.

Se procurará no poner demasiada cantidad de pomada á fin de que no penetre entre los párpados.

Si se trata de una forma ulcerosa, será preferible abstenerse de pomadas, poco adecuadas para suprimir la supuración. Tres ó cuatro veces al día y durante media hora, se mantendrán cerrados los ojos del paciente y se aplicarán sobre los párpados compresas finas empapadas de solución diluída de *subacetato de plomo* (agua blanca diluída). Si este tratamiento no bastara para obtener la cicatrización de las úlceras, se pasará diariamente sobre el borde externo de los párpados un pincel mojado en una solución de *nitrato de plata* al 2 por 100. Las úlceras profundas podrán también tocarse ligeramente con la punta afilada de un *lápiz atenuado* de nitrato argéntico.

Una vez cerradas las úlceras, y sólo en este momento, se terminará como anteriormente el tratamiento por la aplicación de la pomada de óxido rojo. El empleo de una pomada resulta igualmente indicado cuando se trata de la variedad que se manifiesta por un encostramiento amarillento é impetiginoso del borde ciliar con ó sin úlceras anteriores.

En este último caso, en vez de la pomada de precipitado rojo, se preferirá la siguiente de *precipitado amarillo:*

Vaselina.	10 gramos
Precipitado amarillo.	1 gramo

M. s. a.

embadurnando bien con ella los bordes de los párpados, preferentemente por la mañana.

Landolt recomienda de un modo terminante que no se aplique nunca la pomada por la noche al acostarse.

Cuando los párpados están muy pegados por la mañana, no se debe en modo alguno separarlos bruscamente ni á la fuerza, para evitar el arrancamiento de las pestañas y la exulceración sanguinolenta que es su consecuencia. Se reblandecerán las partes blandas por medio de un baño de *agua de malvavisco* en una ojera, ó hasta con una pequeña cataplasma que se deja aplicada algún tiempo sobre los párpados.

Las *cataplasmas* serán necesarias sobre todo en la forma impetiginosa.

Pero, cualquiera que sea la forma de blefaritis de que se trate, para asegurar la curación, es indispensable practicar una *depilación* cuidadosa de todas las pestañas enfermas. Esta operación exige grande atención para que el operador quite bien y solamente las pestañas enfermas, procurando hacerlo muy cuidadosamente. Se reconocerán las pestañas que se han de arrancar por un conjunto de caracteres más fáciles de imaginar que de describir. Las pestañas enfermas están rígidas, son de un color negro deslucido, á menudo mal implantadas y mal dirigidas; son á veces muy tenues y delgadas, tratándose entonces de pestañas jóvenes que han substituído á las primeras que cayeron por la supuración del folículo.

Si el párpado tiende á formar ectropión, resultará á menudo indicado *incindir* el punto lagrimal para favorecer la salida de las lágrimas á que se opone la eversión del borde palpebral. En la fase aguda de la enfermedad y si existe entonces fotofobia, se prescribirán al enfermo *anteojos ahumados* cóncavos, para preservar los ojos de la luz demasiado intensa; en ningún caso se permitirá al enfermo que tape sus ojos con una venda, que calienta las partes y mantiene la irritación y la supuración.

Por último, y en primer lugar quizás, se ha de establecer el *tratamiento general* dirigido contra el estado constitucional del sujeto.

Como los enfermos afectos de la forma escrofulosa de la blefaritis son generalmente niños, se variarán en ellos los diversos tratamientos de la escrófula bien conocidos de todos; *baños salinos* repetidos dos ó tres veces por semana; al interior *jarabe yodotánico*, que constituye uno de los mejores preparados de esta clase. Sin embargo, para evitar el cansancio del niño, se podrá variar esta preparación y administrar los otros tónicos y reconstituyentes preconizados contra el escrofulismo: *aceite de hígado de bacalao*, *vino de genciana*, *yoduro de hierro*, etc.

En los adultos, los preparados yodurados á pequeñas dosis substituirán á los jarabes, más anodinos, reservados para los niños. La dosis cotidiana de *yoduro* puede ser de 1 á 2 gramos.

Se insistirá principalmente respecto del ejercicio moderado, la permanencia en el campo, si es necesario en una estación termal, en las aguas de *Saint-Honoré*, y por encima de todo la observancia estricta de las leyes de higiene y simplemente de la limpieza; este es el punto más difícil de obtener en las clases pobres, que proporcionan el contingente principal de esta enfermedad y sobre todo los casos más rebeldes y más acentuados.

2.° Tratamiento de las blefaritis herpéticas

La blefaritis herpética ó eczematosa puede observarse, como la forma precedente, en individuos linfáticos, pero casi siempre en sujetos que no tienen nada de escrofulosos. Es también la blefaritis de los adultos, y en este concepto se aparta de la forma escrofulosa, puesto que, aparte de la infancia, los accidentes escrofulosos pierden mucho de su frecuencia y agudez. Está caracterizada por escamas, un estado furfuráceo de los párpados, la falta de costras amarillentas y de puntos de supuración. Como tratamiento debe figurar en primer término la *depilación*, tan cuidadosamente practicada como en la forma precedente.

Se prescribirán luego dos veces al día lavados con agua muy caliente, *boricada* preferentemente, pero sobre todo tan caliente como se pueda soportar. Las pestañas, durante estos lavados, serán limpiadas y descaspadas con cuidado y suavidad, para evitar el arrancamiento de aquéllas que se conservan normales y evitar la salida de sangre.

Si las costras que empastan las pestañas son muy gruesas y demasiado duras para que se puedan quitar fácilmente con los lavados y si los párpados siguen aglutinados, se colocará cada noche sobre los ojos una pequeña cataplasma, manteniéndola aplicada durante toda la noche. Esta

cataplasma se confeccionará, bien con *fécula de patata*, bien con *raíz de malvavisco* hervida y machacada, ó también—es un remedio popular, pero bueno—con la *pulpa de una manzana cocida.*

Si la dolencia es de mediana intensidad y radica sólo en los bordes de los párpados, se empleará por la mañana, después del lavado, la pomada de *óxido de cinc:*

Vaselina.	15 gramos
Oxido de cinc.	0 gr. 50

M. s. a.

Pero si la comezón es poco intensa y la enfermedad sigue una marcha tórpida, se recurrirá con preferencia á la pomada de *óxido rojo* ya formulada.

Por último, si el eczema está generalizado á toda la extensión de los párpados, se puede también emplear la pomada de óxido de cinc como en el caso anterior, ó la pomada antieczematosa de Hebra:

Emplasto de diaquilón simple.	10 gramos
Vaselina..	40 —

M. s. a

Extender una gruesa capa de la misma sobre un lienzo fino, y aplíquese sobre las partes enfermas.

Con todo, estas pomadas sólo se aplicarán durante el día; por la noche será preferible cubrir los párpados eczematosos con una rodaja de tela engomada ó de caucho fino.

Cuando el eczema de los bordes de los párpados alcanza la piel de los mismos y hasta la mejilla, y la superficie exulcerada de este eczema, sostenida por el flujo lagrimal, resiste al tratamiento simple, será necesario emplear el método substitutivo, obrando cada vez con mayor energía. A este fin se comenzará por practicar una embrocación de una solución débil de *nitrato de plata* al 1 por 100, repitiéndola cada dos ó tres días y aumentando luego la dosis de la misma hasta servirse del lápiz de piedra infernal ordinario. En casos parecidos, hemos obtenido buenos resultados, según la indicación de Despagnet, practicando embrocaciones con *sublimado*, á dosis corrosivas, al 1 por 500, 1 por 100 y 1 por 50, empleadas progresivamente y con intervalos de algunos días.

Cuando se tiene la seguridad de que la causa de la afección es una estrechez de las vías lagrimales y que proviene directamente del lagrimeo, importa en primer término proceder al *desbridamiento* del punto lagrimal y á la *canalización* por el método de Bowman. Esta sencilla

operación se hace también necesaria y debe practicarse aun con mayor detenimiento si el párpado tiende á volverse y á formar ectropion.

Sea cual fuere, por lo demás, el primitivo origen de la blefaritis eczematosa, es con frecuencia necesario acudir al cateterismo de las vías lagrimales. Ora sea, en efecto, el lagrimeo la causa del eczema ó bien la blefaritis la que ha producido aquél, no tarda en establecerse un verdadero círculo vicioso entre el lagrimeo que excita el eczema y el eczema que sostiene el lagrimeo. Para destruir, ó por mejor decir, romper dicho círculo vicioso é impedir que las lesiones, cada vez más inveteradas, se tornen incurables (lo que acontece todavía con frecuencia en individuos poco cuidadosos ó mal tratados), es menester, como se comprende, tratar á la vez la blefaritis y las vías de excreción lagrimales. De todos modos es preferible no incindir dichas vías sino cuando el desbridamiento está indicado por la persistencia del lagrimeo.

Para completar el tratamiento local, convendrá no descuidar el *régimen* indicado para los individuos eczematosos, procurando que sea lo menos excitante posible, por cuanto la blefaritis de que tratamos se observa comúnmente en las personas aficionadas á los alcohólicos. Se proscribirán, por consiguiente y de un modo especial, las bebidas alcohólicas, los crustáceos, los pescados y las salazones de todas clases, siendo también de recomendar, en caso necesario, una temporada en las aguas arsenicales de *la Bourboule*.

Finalmente, como los ojos afectos de blefaritis eczematosa, cualquiera que sea su grado ó intensidad, son en extremo sensibles á la luz, al polvo y á los vapores irritantes, los enfermos procurarán evitar en lo posible la permanencia en un aire ó atmósfera viciada, cargada ó alterada por el humo del tabaco (teatro, café, fumaderos), comenzando ellos también por no fumar. Les convendrá asimismo usar lentes *azules* ó *ahumados*, sobre todo para ir por el sol y trabajar con luz de gas.

III

Orzuelo

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

Al lado de las blefaritis, que vienen á ser las inflamaciones generalizadas del borde de los párpados, hay que citar algunas afecciones localizadas del todo especiales, como son el orzuelo, el acné meibo-

miano ó la canaliculitis tarsiana, que reclaman también un tratamiento especial.

Los orzuelos son pequeños forúnculos marginales que, al igual de sus congéneres cutáneos, se desarrollan en las glándulas sebáceas. Se desarrollan en las glándulas ciliares á consecuencia de una infección palpebroconjuntival. Son contagiosos y á menudo múltiples ó sucesivos en un mismo individuo, reproduciéndose con facilidad. Se reconocen por su asiento marginal, forma acuminada, punta amarillenta y puriémula y por su reacción dolorosa.

Entre las pestañas y junto á su raíz, fórmase un botón de un rojo intenso, duro, reluciente y bastante doloroso, cuya punta, á los dos ó tres días, por regla general, ó todo lo más á los cuatro, se pronuncia, se torna blanquecina, abriéndose luego para dar salida al pus.

B. — TRATAMIENTO

Las *cataplasmas,* las *duchas calientes* y la *abertura quirúrgica* practicada con una simple aguja pasada por la llama constituyen el mejor tratamiento. Será bueno también, para prevenir las recidivas, tratar la blefaritis ó la blefaroconjuntivitis originaria, así como practicar diariamente un minucioso lavado antiséptico de la región con *agua bórica* muy caliente.

IV

Acné meibomiano.—Canaliculitis tarsiana

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La afección que Panas designa en su Tratado con el nombre de acné meibomiano, se observa principalmente en las personas adultas y muy raras veces en los niños. No puede considerarse, como el orzuelo ordinario, atributo frecuente de los individuos linfáticos, pues, al contrario, se le encuentra más comúnmente en los artríticos predispuestos á las blefaritis ciliares. Junto con los signos ordinarios de la blefaritis se observa que forma prominencia, precisamente á nivel del borde libre del párpado, una pequeña ampolla ó grano cónico de un rojo intenso uniforme. Este botón ó

tumorcillo persiste durante varios días y hasta semanas sufriendo diversas modificaciones, sobre todo por lo que se refiere á las sensaciones que provoca, pero sin desaparecer del todo. No se forma nunca en su vértice la punta blanquizca ni sale pus, y por su cronicidad, lo mismo que por esta suspensión en la evolución, se distingue, hasta cierto punto, por completo del orzuelo.

Si se ranversa entonces el párpado, el aspecto que ofrece la mucosa del rededor es del todo característico. Del botón de acné parte una intensa rubicundez, que se extiende bastante lejos por la conjuntiva, en general, llegando hasta la mitad de la altura del cartílago tarso en el párpado superior, y hasta el vértice de este cartílago en el párpado inferior. En medio de esta mancha roja, formada por la conjuntiva inflamada, se observa un tractus blanco amarillento, situado debajo del epitelio, que señala el paso del canalículo excretor de la glándula de Meibomio que se ve por transparencia, y en el cual se ha localizado un pequeño absceso, formado de pus más ó menos concreto. Cuando la afección es ya antigua, el contenido del canal ha quedado también transformado en una especie de cálculo sólido constituído, según Panas, por depósitos calcáreos y laminillas ó escamas de colesterina.

Al principio, cuando el conducto excretór contiene solamente productos líquidos, se puede, apretando el párpado entre los dedos, hacer que brote el contenido de los canalículos por los orificios de las glándulas de Meibomio. Entonces se ven salir del borde de los párpados filamentos blancuzcos y espesos como fideos finos.

No es raro tampoco que esas pequeñas inflamaciones de los canalículos terminales de las glándulas meibomianas se sucedan en diversos puntos del mismo párpado y con variable intensidad. Esto es lo que nos ha inducido á designar esta afección con el nombre de *canaliculitis tarsiana*, que es, á nuestro entender, lo que caracteriza principalmente la lesión.

B.—TRATAMIENTO

El tratamiento ha de consistir en vaciar y *raspar* cada uno de los canalículos meibomianos inflamados. Con una pinza de Desmarres fenestrada, se volverá el párpado colocando el anillo del lado de la conjuntiva tarsiana, descubriéndose de este modo las rayas ó líneas amarillentas formadas por los canalículos distendidos é inflamados. Cuando la canaliculitis no presenta el botón de acné palpebral, nos limitaremos á incindir el canalículo siguiendo la línea amarilla visible, haciendo pasar por el fondo de la incisión una cucharilla fina.

De existir el botón de acné que pone de manifiesto el orificio exterior del canalículo, habrá de prolongarse la incisión á lo largo de la línea amarilla hasta el borde del párpado, sin temor de cortar este último. Luego de practicada la incisión de arriba abajo en el canalículo inflamado, se pasará igualmente por el fondo la cucharilla cortante fina.

Por medio de la incisión se da salida á un pus líquido ó concreto ó á un verdadero conjunto ó masa de concreciones calcáreas, según los casos y la antigüedad de la lesión. Una vez practicada esta sencilla operación, el acné meibomiano cura rápidamente, sin perjuicio, no obstante, de reproducirse más adelante en cualquier otro punto de los párpados y bajo la influencia de las mismas causas que habían determinado su primera aparición. Entonces es cuando estará indicado el tratamiento de las blefaritis crónicas preventivo, hasta cierto punto, de esos accidentes.

Este tratamiento consiste, localmente, en los *lavados boricados* de la región, á una elevada temperatura, y en la aplicación diaria de pomada á base de *precipitado rojo*.

El *tratamiento general*, principalmente, habrá de seguirse con sumo cuidado, procurando combatir las dos principales causas constitucionales de las blefaritis: el linfatismo y el artritismo.

CAPITULO III

TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE LOS PÁRPADOS

POR

E. VALUDE

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

No vamos á ocuparnos en este capítulo de las neoplasias que se presentan en los párpados con los caracteres que presentan en otros puntos, como, por ejemplo, los angiomas, los quistes hidatídicos, producciones, por otra parte, muy raras en la región que nos ocupa; trataremos solamente de los tumores más característicos de los párpados: los quistes transparentes del borde libre, la chalación y el cancroide del borde y principalmente del ángulo interno.

I

Quistes transparentes

Los quistes transparentes están constituídos por pequeñas vesículas redondas, transparentes, llenas de un líquido claro, situadas entre las pestañas, precisamente en el borde cortante de los párpados; el tratamiento de esos pequeños quistes consiste en la *escisión* simple, practicada con la pinza y las tijeras. No recidivan nunca.

II

Chalación

La chalación debe ser considerada como un granuloma (neoplasia inflamatoria) consecutivo á la retención de los productos de secreción dentro de las glándulas de Meibomio.

Se caracteriza por un pequeño tumor duro, redondeado ú ovalado, del tamaño de un guisante pequeño ó de un grano de maíz, que forma prominencia bajo la piel del párpado, generalmente á algunos milímetros de la línea de las pestañas.

Al ranversar el párpado, se observa en la conjuntiva palpebral, y en el punto correspondiente al tumor, una aréola vascular y á veces también una prominencia granulosa y encendida, que demuestra bien á las claras que la neoplasia inflamatoria existe muy inmediata.

Es conveniente, desde el punto de vista práctico, distinguir dos clases de chalación: 1.° las que forman prominencia por el lado de la piel y que apenas se distinguen por la conjuntiva, ó sea las chalaciones externas; 2.° aquellas cuya prominencia sobresale principalmente por el lado conjuntival del párpado, ó sea las chalaciones internas.

Cuando la chalación está inflamada, es menester volverla al estado crónico por medio de *cataplasmas* rociadas con *agua blanca*, que determinan ó provocan su resolución al cabo de algunos días. Una vez el tumor haya dejado de estar inflamado, podrá practicarse la *extirpación*, tal como se extirpan los fibromas cutáneos, esto es, por disección y enucleación. Este es el único tratamiento de la chalación.

Por lo que toca al punto donde conviene practicar la incisión, andan divididos los pareceres, pues mientras unos autores operan por la cara interna ó de la conjuntiva, otros lo verifican por la piel. Creemos que ambos procedimientos tienen sus indicaciones, y así será de aconsejar la operación por la conjuntiva cuando la chalación forma prominencia por ese lado (chalación interna), al paso que la ablación estará más bien indicada por el lado de la piel si la chalación sale hacia fuera ó al exterior (chalación externa). Estas últimas son las más frecuentes.

De todos modos, no hay que temer la cicatriz resultante de la extirpación de la chalación por la piel, pues la cicatriz es del todo invisible, si es que no queda además oculta entre los pliegues del párpado. La operación por la vía cutánea ofrece además la ventaja de permitir un

buen raspado del interior de la bolsa fibrosa que forma la cubierta ó envoltura de la chalación. La extirpación se realiza de este modo más perfectamente, siendo, por tanto, menos frecuentes las recidivas; y de ahí la preferencia que otorgamos á este procedimiento.

III

Epitelioma ó cancroide

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

El epitelioma ó cancroide se observa con bastante frecuencia en los párpados, y principalmente en la edad avanzada. Esto le distingue ya de otros tumores de mala índole, que evolucionan por regla general hacia la edad media de la vida. Se le ve germinar lentamente en medio de antiguas erosiones mantenidas por la constante acción del aire ó la falta de cuidados, tal como se observa, por ejemplo, en la cara de los viejos campesinos, en quienes el cancroide reemplaza muchas veces antiguas verrugas.

El cancroide que radica en el borde del párpado ó en la piel puede permanecer largo tiempo estacionario, de marcha poco invasora; pero, una vez atacada la conjuntiva, los progresos son más rápidos, se forma ordinariamente un simbléfaron más ó menos extenso y todo el grueso del párpado es invadido por la neoplasia. La exéresis, en este período, sólo podrá dar resultado cuando abarca la totalidad del párpado, comprendiendo la mucosa que lo reviste.

En el ángulo externo de los párpados, el cancroide sigue una evolución que es muy comparable á la anterior; no obstante, por su situación la ulceración cancerosa puede bifurcarse y abarcar al mismo tiempo los párpados superior é inferior, lo que implica muchas veces una extensa ablación de arriba abajo.

La marcha que el cancroide sigue en el ángulo interno puede ser del todo distinta, y es muy importante conocerla.

En el ángulo interno del ojo se encuentra la entrada de las vías lagrimales, que, en general, están formadas por un canal ó conducto forrado de epitelio cilíndrico y que establece la comunicación entre la conjuntiva y la cavidad mucosa de las fosas nasales. El cancroide que se desarrolla en el ángulo interno, lo que es frecuente cuando afecta la conjuntiva, encuentra en estas vías lagrimales un ancho paso abierto y de

fácil acceso por la existencia del epitelio cilíndrico, que constituye un terreno eminentemente favorable para la pululación del epitelioma.

De ello resulta que los cancroides del ángulo interno del ojo se introducen muy fácilmente en el conducto nasal, que lo agrandan y distienden, esparciéndose después en las diversas cavidades de las fosas nasales. Se ha observado que algunos cancroides, muy limitados por su volumen exterior, el cual no excedía de 1 ó 2 centímetros cuadrados, por ejemplo, por sus prolongaciones habían invadido y llenado completamente las cavidades nasales del mismo lado: cornetes, anfractuosidades etmoidales, senos maxilares. En tal caso la operación resulta del todo distinta que si la lesión hubiese radicado en otro punto de los párpados.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento fundamental de los cancroides de los párpados consiste en la *extirpación*. Si el tumor está en sus comienzos, es muy pequeño y de curso poco invasor, puede contemporizarse empleando los cáusticos; por otra parte, *ha de* desecharse la operación en el caso en que la úlcera sea de tal modo extensa que la extirpación de la nepolasia constituya un inmediato peligro de muerte. Tal sucede cuando el epitelioma ha invadido la mayor parte de la cara.

En estos casos nos esforzaremos en limitar la marcha invasora del tumor ulcerado por medio de aplicaciones de trozos de algodón antiséptico empapado en una solución saturada de *clorato de potasa*, ó también espolvoreando la superficie ulcerada con el polvo de clorato de potasa; al mismo tiempo el enfermo tomará al interior de 1 á 2 gramos de clorato de potasa.

Si el tumor es muy pequeño y está en los comienzos, siendo lentísima su marcha invasora, como se observa en la forma verrugosa, antes de intervenir quirúrgicamente se ensayará su destrucción por medio de los cáusticos. Cada tres días, hasta que se haya obtenido la completa caída ó destrucción del núcleo neoplásico, se tocará la parte enferma con una muy pequeña cantidad de *ácido crómico* puro delicuescente, ó puede también emplearse el polvo cáustico siguiente:

Acido arsenioso.	2 gramos
Cinabrio.	10 —
Esponja calcinada.	5 —

M. s. a.

Este polvo se emplea en substancia en las ulceraciones cancroidales ó con una gota de agua para que se forme una pasta en las excrecencias no ulceradas.

Mas la *exéresis* cruenta, siempre y cuando no ofrezca peligros inmediatos, da muchísimo mejores resultados y más duraderos que la aplicación de los diversos cáusticos. La extirpación del cancroide se practicará con el bisturí y siguiendo el método común y ordinario, si se trata de las formas verrugosa y fagedénica; por el contrario, de tratarse de la variedad superficial, exulcerativa, bastará raspar hasta el tejido sano, con la cucharilla cortante, la capa neoplásica situada exteriormente.

La operación puede sufrir todavía modificaciones según sea el asiento ó localización de la neoplasia.

Si el cancroide radica en el borde de los párpados, es muy importante saber si está ó no invadida la conjuntiva. En el caso de haber invadido la conjuntiva, no hay que titubear entonces en sacrificar el párpado y hasta el globo del ojo, si es que éste se encuentra demasiado en peligro, aparte de estarlo ya por el hecho de la destrucción palpebral.

Si el cancroide, invadiendo la piel del párpado, y hasta su mismo borde, ha respetado la conjuntiva, se separará por medio de una cuidadosa disección dicha membrana de las partes cancerosas que conviene extirpar, dejándola aplicada en su sitio. Procediendo de este modo, la conjuntiva servirá de basamento al colgajo plástico destinado para la formación del nuevo párpado y se reunirá también el borde de esta conjuntiva al otro párpado con el fin de impedir que se retraiga y deforme.

Los cancroides del ángulo externo de los párpados se quitarán en su totalidad, no existiendo por lo que se refiere á su extirpación reglas especiales, siendo necesario á veces prolongarla profundamente. Sin embargo, truncados en su parte externa los dos párpados podrían abarquillarse ó encogerse, por lo que aplicaremos en esta parte entre ellos un punto de sutura.

La ablación de los cancroides del ángulo interno resulta una cuestión de las más complejas. En efecto, dichos tumores pueden extenderse por una parte hacia la órbita, y por otra alcanzar las mayores profundidades en las fosas nasales. Si el neoplasma alcanza la órbita, se profundizará la extirpación practicando, si es necesario, la enucleación del globo del ojo; de ser accesibles los límites del proceso neoplásico, ha de procurarse ante todo que su ablación sea total. Si el cancroide ha seguido su camino invasor hacia las fosas nasales, es muy distinta la gravedad que ofrece la operación, pues el conducto nasal, aunque dilatado, no permite ser suficientes y satisfactorias las maniobras de extracción. Es necesario practicar una amplia dilatación. Con unas fuertes tijeras introducidas en la ventana nasal correspondiente al tumor, se incinden de una vez todas las partes blandas y cartilaginosas hasta los mismos huesos, algo por encima

de la línea media. Siguiendo la misma dirección y con una pinza cortante ó pequeña cizalla, se quita el puente constituído por los huesos de la nariz hasta el conducto nasal. Por la separación conseguida por esta larga incisión, se pone inmediatamente al descubierto la cavidad nasal hasta sus profundidades, y las prolongaciones del cancroide, en general blandas y polipiformes, pueden con facilidad tratarse y extirparse con la cucharilla. Se practicará la más rigurosa limpieza de todas estas cavidades y del seno maxilar, cerrándose esta vía exploradora por medio de puntos de sutura que se aplican en el dorso de la nariz. En el ángulo interno del ojo queda una ancha abertura por la que pueden fácilmente vigilarse las recidivas del cancroide, que más que nunca son temibles en estos casos tan graves.

Por último, sean cuales fueren el modo y la extensión de la extirpación, en superficie ó en profundidad, en el ángulo interno ó en cualquier otro punto de los párpados, resta saber si la herida resultante de la ablación de un cancroide ha de cerrarse pronto por medio de injertos ó por la aplicación de un colgajo autoplástico.

A nuestro entender, es preferible esperar antes de practicar la restauración de un párpado, parcial ó enteramente destruído por la extirpación de un cancroide, sea cual fuere por otra parte el procedimiento que se quiera adoptar para proceder á dicha restauración.

Esperando algún tiempo, se observa cómo la herida primitiva se reduce considerablemente de extensión, muchas veces hasta los dos tercios, lo que rebaja otro tanto la importancia de la blefaroplastia que hay que practicar.

Después, y es de importancia, habiendo quedado abierta la herida, se podrá vigilar los comienzos de las recidivas y también tratarlas por el hierro ó el fuego tan pronto hayan aparecido; por el contrario, debajo de un colgajo la repululación del cáncer se opera de un modo sordo, solapado, para después estallar de repente como una muy grave repetición del mal primitivo.

En todo caso, conviene practicar siempre la sutura palpebral para evitar la deformación de los párpados mutilados y todavía no restaurados.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO DE LAS DESVIACIONES Y DEFORMACIONES DE LOS PÁRPADOS

POR

E. VALUDE

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Lagoftalmía

Los párpados, por el hecho de la parálisis del músculo orbicular, pueden quedar desviados de la situación normal. En este caso, el párpado inferior tiende á separarse del globo ocular y dirigirse hacia fuera, perdiendo los puntos lagrimales el contacto ó relación con la superficie conjuntival. De ello resulta un estado permanente de lagrimeo y la eversión más ó menos completa del borde del párpado inferior; en esto consiste la lagoftalmía.

Si la parálisis orbicular es de origen periférico y capaz de curar por los medios medicamentosos ó la electricidad, podemos contentarnos en este caso con practicar la *oclusión* temporal de los párpados por medio de una cura ó con vendoletes aglutinantes; en efecto, conviene ante todo impedir la desecación de la córnea, que tiene lugar por el simple hecho del contacto permanente del aire, contacto que existe aun durante el sueño, ya que los párpados quedan generalmente entreabiertos.

Si la lagoftalmía causada por una lesión central ha de persistir, conviene practicar el *refrescamiento* de los bordes palpebrales y una *blefarorrafia* más ó menos extensa para impedir que la hendidura palpebral permanezca tan ampliamente abierta. En general, en el ángulo externo es donde ha de recaer la mayor parte de la sutura.

II

Ptosis

La ptosis es otro estado paralítico del párpado; en este caso la causa está en el músculo elevador palpebral. En la ptosis congénita, este músculo no sólo está paralizado, sí que también atrofiado, y falta algunas veces. Excepto los casos que reclaman puramente un tratamiento médico, siempre *específico*, y que solamente pertenecen á la ptosis accidental de los adultos, esta desviación del párpado necesita tratarse quirúrgicamente.

Contra la ptosis se han propuesto distintas operaciones, y uno de los métodos que goza de mayor predicamento es aquel cuyo objeto es crear un funcionalismo supletorio en el músculo frontal, *vis-à-vis* del elevador paralizado ó atrofiado. De este modo se coloca al músculo frontal en condiciones para reemplazar en su funcionalismo al elevador del párpado. Se obtiene dicho resultado por medio de las suturas de Pagenstecher, ó mejor con las de Dransart, que se conducen, en forma de varios hilos por medio de dos agujas, por debajo de la piel de los párpados desde el borde palpebral hasta por encima de la ceja.

De estos dos procedimientos, el más usado es el siguiente: Un hilo armado con dos agujas, cada una de las cuales corre por el espesor de los tejidos de los párpados desde la línea de las pestañas hasta por encima de la ceja, uno de dichos hilos pasa inmediatamente por debajo de la piel, el otro pasa más profundamente por detrás del músculo orbicular comprendido de este modo en el asa del hilo. Para proceder á la introducción de los hilos, puede ó no incindirse la piel por encima de la línea ciliar. Los dos extremos del hilo van á salir en el mismo punto, por encima de la ceja, y se anudan fuertemente sobre un tubo de drenaje. De este modo se siguen aplicando por toda la longitud del párpado tres ó cuatro asas de hilo. El párpado, cogido de esta manera por las asas, se encuentra levantado á manera de una cortina ó transparente, y más tarde la sección de los tejidos por la progresiva constricción de los hilos, determina la formación de una cicatriz que va desde el párpado hasta el músculo frontal, formando una especie de tendón supletorio al músculo elevador atrofiado.

La operación de Panas, que por medio de un colgajo cortado en pleno párpado transporta la inserción superior del músculo elevador hasta el músculo superciliar ó frontal, se funda en el mismo principio, pero no uti-

liza la retracción cicatricial y se aplica á los casos extremos de caída del párpado.

Muy recientemente Motais (Angers) ha propuesto suplir el elevador, no por medio del frontal, sino por el músculo recto superior del ojo.

Otro método se propone disminuir la altura del párpado caído y no conseguir la substitución muscular. La operación ideada por Galezowski ha sido perfeccionada por Gillet de Grandmont y modificada todavía por Boucheron y Landolt. Consiste esencialmente en una resección más ó menos extensa de las partes resistentes ó fijas del párpado, sobre todo el cartílago tarso y el músculo orbicular.

Con este objeto se incinde la piel, se reseca una porción más ó menos extensa del cartílago tarso y del músculo, cerrando ó reuniendo después la pérdida de substancia con suturas de catgut. Hecho esto, Gillet de Grandmont deja la piel, sin preocuparse de ella ni suturarla; Landolt la levanta por medio de asas de hilo.

De todos modos, lo que conviene saber principalmente es que la ptosis sólo puede corregirse por una resección de todas las partes sólidas que constituyen el esqueleto resistente del párpado; los antiguos procedimientos, que simplemente consistían en escindir una mayor ó menor extensión de la piel y de las partes blandas subyacentes, sólo han dado siempre malos ó pasajeros resultados.

En algunos casos en que no esté indicada la operación, como por ejemplo cuando la caída del párpado es debida á una parálisis pasajera que puede curar con el tratamiento médico, podrá temporalmente remediarse esta debilidad con el uso de pequeños instrumentos que sirven para mantener el párpado levantado y se llaman *pinzas de ptosis*.

III

Blefarospasmo

El *blefarospasmo* propiamente hablando no consiste en una desviación de los párpados, y no obstante en este caso, por el hecho de su contracción casi permanente, han perdido su normal situación, que consiste en extenderse ó desplegarse por la superficie del globo ocular, con el objeto de regularizar la distribución de los líquidos lagrimales y preservarlos del polvo exterior.

A.—BLEFAROSPASMO SECUNDARIO

El blefarospasmo, en realidad, sólo constituye una entidad morbosa de carácter propio, cuando corresponde á los síndromes conocidos con el nombre de tics, dolorosos ó no, de la cara. Fuera de estos dos estados patológicos, el blefarospasmo no es más que uno de los fenómenos concomitantes de ciertas afecciones oculares, como la queratitis de los niños escrofulosos, por ejemplo; constituye en este caso el blefarospasmo *secundario*. En la oftalmía simpática, el blefarospasmo constituye algunas veces también uno de los síntomas iniciales, pero entonces sólo desempeña un fenómeno secundario, mientras que, en la queratitis escrofulosa, el espasmo de los párpados presenta á veces tal intensidad y duración que por sí solo constituye una verdadera enfermedad que conviene tratar de un modo especial.

Primeramente se ensayarán las unturas en los párpados con *ungüento napolitano belladonado;* luego, si estas aplicaciones resultaren insuficientes, se practicarán embrocaciones en la piel de los párpados con una mixtura de *tintura de yodo* y *glicerina*.

Un buen medio para conseguir la desaparición del blefarospasmo, tan intenso ó violento que se presenta á veces en los niños afectos de queratitis ulcerosa, consiste en proyectar sobre los párpados, y á una distancia de 20 centímetros, un chorro *tan violento como sea posible de agua fría*. Puede obtenerse el mismo resultado sumergiendo bruscamente la cara del niño en una cubeta de agua fría, sosteniéndole algunos segundos, hasta que sea verdaderamente necesario quitarle para que pueda respirar.

Un procedimiento muy sencillo y que en ciertos casos es de verdadera eficacia para conseguir que cese el blefarospasmo tónico de las afecciones inflamatorias del ojo, consiste, como lo ha demostrado el profesor Gayet, en la *dilatación forzada* de la hendidura palpebral. Una ó dos veces al día y durante algunos minutos, se colocará entre los párpados un blefarostato armado de un buen resorte y abierto tanto como sea posible. Esta dilatación se comenzará por una aplicación corta y con un grado de separación de las ramas del instrumento poco considerable, para después ir aumentando progresivamente.

Por último, en algunos casos en que no hay medio para poder vencer el espasmo tónico de los párpados, se ensaya á veces para combatirlo un medio que parece radical á primera vista, y que consiste en seccionar transversalmente el músculo orbicular, agente ó causa de la contractura. Para conseguirlo, se desliza una rama de las tijeras rectas bajo la comisura externa y hasta el fondo de la misma, seccionándola después completa-

mente. Esta operación, que por lo común deja en pos de sí muy feas cicatrices, tiene además el inconveniente de dar resultados muy inseguros.

B.—BLEFAROSPASMO PRIMITIVO

El blefarospasmo *primitivo* ó *idiopático,* que constituye todo ó parte del *tic no doloroso de la cara,* es de una naturaleza muy distinta del anterior. Se ha supuesto la existencia de una neurosis propia del nervio facial; se ha citado también el histerismo y sobre todo la tara degenerativa neuropática como causa primera de estos accidentes. Si existe caries dentaria y la ablación del diente hace desaparecer el blefarospasmo, entonces puede admitirse que se trata de un acto reflejo. Fuera de estos casos raros, el tratamiento da poco resultado; hay que recurrir á la terapéutica general y un tanto vaga de las afecciones nerviosas: *hidroterapia*, preparaciones *quínicas* y *bromuradas.*

Se han imaginado algunas operaciones contra el bleferospasmo idiopático, pero creemos que su acción es meramente ilusoria ó que solamente obran por sugestión en el caso de tratarse de un individuo histérico. Una de esas operaciones ilógicas es la *neurotomía subcutánea* del nervio supraorbitario. En efecto, no se comprende cómo la sección de un nervio sensitivo, que, por otra parte, no va al párpado (puesto que las ramas frontales son las que se interesan por la sección) podría tener alguna influencia sobre una enfermedad motriz como es el espasmo idiopático de los párpados. En realidad, esta intervención fracasa casi siempre.

A nuestro entender, una operación que quizá tendría más razón de ser sería la *elongación* de la rama superior del nervio facial, pero todavía no ha sido practicada.

C.—BLEFAROSPASMO DOLOROSO

En el *blefarospasmo ó tic doloroso,* la contracción palpebral va acompañada de dolores neurálgicos intensos, tenaces é intolerables por su continuidad y resistencia á toda medicación.

Después de haber ensayado en vano todos los calmantes farmacológicos en general, conviene obrar directamente sobre los troncos nerviosos por medio de la *elongación* ó *arrancamiento* de los nervios supra é infraorbitarios.

Si el arrancamiento de estos nervios no da resultado, puede en los

casos extremos recurrirse á la operación de Lossen-Braun, que consiste en buscar y extirpar el ganglio de Meckel del que depende el nervio infraorbitario.

IV

Triquiasis

Llámase triquiasis á una desviación de las pestañas hacia adentro y distiquiasis á una neoformación ó deformidad en la que existe una hilera de pestañas suplementarias y anormalmente dirigida. La triquiasis generalmente va unida al entropion granular, y más adelante estudiaremos el tratamiento que conviene á esta deformidad de conjunto de los párpados

Cuando solamente existe la desviación de las pestañas, podemos limitarnos á practicar la *depilación* de las que están anormalmente dirigidas ó mal implantadas; el inconveniente de esta operación es que ha de repetirse muchas veces é indefinidamente, puesto que quince ó veinte días después vuelven las pestañas á reproducirse. El tratamiento radical consiste en la destrucción de los bulbos pilosos de las pestañas anormalmente implantadas por medio de una aguja *candente* ó mejor con la *electrolisis*. Constituye verdaderamente un trabajo de paciencia cuando existen muchas pestañas desviadas, y es lo que ordinariamente ocurre, siendo necesario dedicar á ello varias sesiones.

V

Entropion

Desde el punto de vista del tratamiento, el entropion ha de dividirse en entropion espasmódico y entropion cicatricial.

A. — ENTROPION ESPASMÓDICO

El entropion *espasmódico* del párpado inferior se observa en los viejos cuya piel de los párpados es flácida, arrugada, demasiado extensa para la capa muscular subyacente. La contracción repetida del orbicular determina lentamente un enrollamiento hacia adentro del borde palpebral

y de las pestañas; éstas, por su contacto con la córnea y la conjuntiva, producen cierto grado de reacción irritativa que excita el espasmo. Entonces se establece un círculo vicioso y surge el entropion espasmódico, casi constantemente, pronunciándose sobre todo á ciertas horas del día, cuando los ojos están más fatigados.

Para combatir el entropion espasmódico sólo disponemos de medios mecánicos ó quirúrgicos.

El más sencillo de éstos consiste en la aplicación por debajo de la hilera de pestañas y paralelamente al borde ciliar, de una capa de *colodion no elástico*. El colodion se retrae, encogiendo ó abarquillando el borde palpebral algo hacia fuera, lo que viene á constituir un obstáculo para la formación del entropion. Pero las lágrimas no tardan en disgregar esta pequeña embrocacion de colodion, haciéndose necesario renovarla bien á menudo, á veces dos veces al día.

Un medio que da el mismo resultado, pero que es más duradero, es la aplicación igualmente paralela al borde palpebral de una *raya* ó *línea de fuego* practicada con el termo ó el galvanocauterio. La cauterización, para ser eficaz, ha de comprender solamente la piel y el músculo, y aun así la cicatriz resultante no tarda mucho tiempo en hacerse flexible, distenderse, permitiendo, en una palabra, la reproducción del entropion.

Un procedimiento quirúrgico para curar el entropion espasmódico, y en realidad muy excelente por su simplicidad ó sencillez, es el que se conoce con el nombre de *suturas de Gaillard*. Consiste sencillamente en pasar tres ó cuatro hilos, introducidos verticalmente bajo la piel por debajo del borde palpebral, y hacerlos salir más abajo á una distancia mayor ó menor, según el efecto que se desee obtener. Apretados estos hilos y anudados convenientemente, dan lugar á cicatrices verticales que, conservándose en estado de tejido cicatricial, impiden que se produzca la inversión del párpado hacia adentro.

Arlt, pasando los dos cabos de los hilos por debajo de la piel, el primero por delante y el segundo por detrás del orbicular, evita de este modo la cicatriz aparente.

Los hilos al aplicarse han de estar rigurosamente asépticos para que no supuren; no se quitan, se deja que ellos mismos corten la piel y que se desprendan.

Gillet de Grandmont ha indicado un procedimiento igualmente muy ingenioso y sencillo para corregir el ranversamiento hacia adentro del párpado inferior. Consiste en pasar, de dentro á fuera, desde el fondo de saco conjuntival inferior, un hilo con dos agujas que vienen á salir por fuera y á nivel de las pestañas, de manera que, la constricción de este hilo

que se anuda en la piel por debajo de las pestañas, obra sobre el cartílago tarso para ranversar el párpado hacia fuera y hacer desaparecer el entropion; se colocan 3 ó 4 hilos en toda la extensión del párpado inferior.

B. — ENTROPION CICATRICIAL

El entropion *cicatricial* es producido por una retracción cicatricial del cartílago tarso y de la conjuntiva subyacente. Las deformaciones palpebrales de los granulosos antiguos reproducen el tipo del entropion cicatricial. Generalmente se complica con la triquiasis, presentándose por tanto una disimetría en la implantación de las pestañas y la inversión de éstas hacia el globo del ojo.

En los casos poco pronunciados, se ensayarán los medios preconizados para el entropion espasmódico, excepto el colodion, que en realidad sería insuficiente. Podrá, pues, recurrirse á la *línea* ó *raya de fuego* ó á las *suturas* de Gaillard y de Arlt, pero estos medios por sí solos resultan con frecuencia impotentes. Entonces tendrán que ponerse en práctica verdaderas operaciones, que variarán según que el entropion sea del párpado superior ó del inferior.

1.° Si se trata del entropion del *párpado inferior*, se obtendrá el resultado cortando un colgajo rectangular, del que se escindirá una porción con el fin de que, al reunirse los dos labios de la herida, se consiga el enderezamiento del párpado y hasta una ligera eversión del borde ciliar. Muy buena operación es también la que ha ideado Gillet de Grandmont y que consiste, como ya hemos dicho anteriormente, en pasar los hilos del fondo de saco conjuntival hacia la piel, por fuera del borde ciliar y del cartílago tarso. Los hilos se atan con fuerza, y su acción, haciendo palanca sobre el cartílago tarso abarquillado, determina el enderezamiento.

2.° Para el del *párpado superior*, se han propuesto un gran número de operaciones destinadas á corregir el entropion y sobre todo la triquiasis que la acompaña. Tales son las distintas trasplantaciones del *suelo* ciliar cuyos procedimientos más conocidos son los de Jœsche-Arlt, de De Wecker, Ammon, Pagenstecher, de Graefe. El mejor procedimiento de enderezamiento del borde palpebral y que proporciona los más positivos resultados en los casos de entropion exagerado ó de fracaso de los demás métodos, es el de Panas. Consiste en disecar un colgajo ciliar estrecho y mantenerlo levantado por suturas cuyo punto fijo esté en el ligamento suspensor del cartílago tarso. El cartílago tarso es previamente seccionado transversalmente en toda su extensión, para que pueda bascular la porción ciliar y enderezarse.

Los extremos libres de los hilos de sutura se reunen después sobre la frente y se sujetan con colodion con el fin de aumentar el efecto del enderezamiento durante la cicatrización. Es una *tarsotomía* con enderezamiento del *suelo* ciliar.

Cuando el entropion es de tal manera pronunciado que resulta insuficiente esta tarsotomía con enderezamiento, no puede hacerse más que cambiar radicalmente de sitio el suelo ciliar.

Con este objeto, Truc ha ideado procedimientos de tarsomarginoplastia aplicables á los entropiones totales ó parciales del párpado realizados por medio de colgajos en lengüeta ó en asa de cesto tomados del mismo párpado. La herida que resulta de la extirpación del colgajo sirve de incisión liberatriz permitiendo remontar el borde ciliar disecado y aplicándose el colgajo en la incisión marginal. Este procedimiento es el que mejores resultados da en los entropiones más rebeldes y complicados con anquiloblefaron.

VI

Ectropion

El ectropion, del mismo modo que el entropion ó eversión del borde palpebral hacia fuera, puede ser de dos clases: el ectropion mucoso y el ectropion cicatricial.

A. — ECTROPION MUCOSO

El ectropion *mucoso* se produce á consecuencia de una continuada irritación de los párpados, es la terminación ó último resultado de ciertas blefaritis crónicas sostenidas generalmente por una estrechez de las vías lagrimales.

Al principio, cuando el rodete mucoso del ectropion comience á formarse en el borde palpebral, podrá reducirse y hasta curar definitivamente por medio de aplicaciones diarias, practicadas con un pincel, de *nitrato de plata* al 1 por 100.

Más adelante, podrá ser suficiente la simple *escisión* de este reborde de mucosa hipertrofiado. Con el mismo objeto se han propuesto las *cauterizaciones ígneas* horizontales, y últimamente Jocqs ha preconizado mucho las líneas de fuego verticales y profundas de la mucosa palpebral.

En un grado más pronunciado, cuando con la hipertrofia de la mucosa

existe cierto grado de enrollamiento hacia fuera del párpado, se añadirá á la cauterización ó á la incisión del rodete exuberante, la aplicación de una *asa* llamada de *Snellen*, ó sea un hilo con dos agujas que se clavan en la parte de la mucosa escindida, se conducen por debajo de la piel hacia la mejilla y salen á poca distancia una de otra para que el hilo pueda anudarse sobre un cuerpo redondeado como un tubo de drenaje, por ejemplo. Se apretará más ó menos fuertemente el hilo, según el efecto que se desee obtener, y la corrección se obtendrá progresivamente á la vista durante esta constricción.

En ciertos ectropiones mucosos que se resisten al asa de Snellen, conviene aplicar la *operación de Szymanowski*, que consiste en una verdadera blefaroplastia del ángulo externo. Esta operación se funda en el hecho de que, en el ectropion mucoso, el borde palpebral es demasiado grande. En efecto, su borde forma, respecto á la posición normal que ha de tener el párpado, una especie de salida hacia fuera más ó menos pronunciada. Generalmente es fácil observar cómo pellizcando el borde palpebral como para disminuir su extensión, se logra suprimir al mismo tiempo el ectropion. El procedimiento de Szymanowsky consiste en escindir á nivel del ángulo externo un colgajo triangular, y remontar el borde palpebral dentro de este triángulo cruento con el objeto de disminuir en la cantidad necesaria el borde del párpado.

A esta operación plástica conviene casi necesariamente añadir la sutura de Snellen, sin perjuicio de escindir el rodete mucoso hipertrofiado. Es de importancia también observar que la escisión del reborde mucoso exuberante ha de ser completa, es decir, ha de comprender toda la longitud del párpado, rebasando sobre todo hacia adentro el punto lagrimal.

A. Terson, haciendo observar el inconveniente del procedimiento de Szymanowski de interesar el borde ciliar y la comisura, propone la pura y simple *resección* del colgajo de piel, cuyo pellizcamiento, practicado algo por fuera de la comisura, basta para proporcionar la corrección del ectropion. Es una resección cutánea extracomisural, y la herida triangular se une por medio de suturas. El procedimiento permite también la escisión del rodete mucoso ectropionado.

B. — ECTROPION CICATRICIAL

El ectropion *cicatricial* no puede tratarse por ninguno de los métodos precedentes. Con frecuencia es el resultado de varios accidentes y quemaduras químicas ó de otra naturaleza. Existe, no obstante, una forma común de ectropion cicatricial que es debida á la necrosis del

hueso malar y no á un accidente, observándose generalmente en los niños escrofulosos. Este ectropion especial radica en el párpado inferior y en su parte externa.

En resumen, sea cual fuere la causa de la deformidad, lo característico del ectropion cicatricial es el tejido de cicatriz que conviene quitar por escisión ó incisión antes de intentar el enderezamiento del párpado. Únicamente están indicados en este caso los distintos *procedimientos blefaroplásticos*.

La dificultad comienza cuando se trata de adoptar uno de los diferentes métodos de blefaroplastia, tanto más cuanto que á la hora presente dista aún mucho de lograrse un acuerdo. Muchos operadores, en efecto, adoptan sin reservas la heteroplastia ó trasplantación de un colgajo cutáneo á distancia, mientras que otros practican con predilección la blefaroplastia por el método italiano de los hermanos Tagliacozzi. Por nuestra parte, preferimos, en cuanto lo permiten las circunstancias, el método antiguo denominado francés, y sobre todo el método ideado por Denonvilliers con el nombre de método por inclinación. Pero el tema merece más atento examen, y se nos permitirá que discutamos con alguna extensión esta elección del método mejor de restauración de los párpados. Hemos tratado ya en otro punto esta cuestión (1), y resumiremos, ante todo, los rasgos característicos de cada uno de los métodos.

1.° El método indiano

Graefe, el primero que practicó la blefaroplastia, recurrió ya al método indiano, que consiste en cortar un colgajo cutáneo de las proximidades de la herida que se ha de cubrir, llevar luego este colgajo sobre la herida por una torsión más ó menos considerable del pedículo. Jungken, Jobert, Blandin, cortaban el colgajo de modo que su pedículo, al dar la vuelta, pasara como un puente por encima de los tegumentos que han quedado intactos en la parte externa de la herida de refrescamiento. Era entonces necesario cortar el pedículo al cabo de algunos días. Más tarde, Blandin y Aug. Bérard adoptaron la simple rotación que hoy día es la regla de toda autoplastia por el método indiano. A pesar de esta modificación, la torsión tan considerable del pedículo en este método origina como consecuencia cierta deformidad y limita su aplicación á algunos casos raros que deberemos puntualizar luego.

(1) VALUDE.— *Arch. d'ophtalmologie*, 1889.

2.º El método antiguo (de Celso), llamado método francés

Este método consiste en disecar colgajos de la proximidad del párpado que se ha de restaurar y llevarlos á su nueva posición, bien por efecto de la simple disección, bien por medio de incisiones liberadoras de formas variadas. Tiene este método numerosos procedimientos, entre los cuales los más conocidos son los de Warthon Jones, Alfonso Guérin, de Diffenbach y de Richet para el ectropion cicatricial del párpado inferior. Este método se aplica sobre todo á las destrucciones poco considerables del párpado inferior.

3.º El método por inclinación (de Denonvilliers)

Es un método que constituye un feliz intermediario entre el indiano y el método por simple deslizamiento. Como el método indiano, el método por inclinación puede procurar colgajos muy grandes, capaces de reparar superficies muy extensas; tiene, pues, las mismas ventajas que aquél. Pero, además, evita la torsión del pedículo, que se limita á inclinarlo; conserva á este pedículo más anchura, mayor grosor, y asegura así más vitalidad al colgajo; por último, permite casi siempre obtener cicatrices verticales de las heridas que resultan de la formación de los colgajos. Establecido que el método francés no resulta aplicable más que á los casos ligeros de ectropion del párpado inferior, vemos á Guyon (1) concluir que también el método indiano debe abandonarse para emplear el método por inclinación; y, dice, es en definitiva el método y los procedimientos introducidos en la práctica por Denonvilliers los que proporcionarán los medios de llevar á buen término la restauración de los párpados en todos los casos en que el ectropion cicatricial es extenso ó complicado.

Este juicio conserva aun hoy día toda su autoridad.

4.º El injerto cutáneo sin pedículo

Y no obstante, á pesar de la excelencia del método de Denonvilliers que se presta tan fácilmente á las modificaciones exigidas por los casos especiales, este método de blefaroplastia poco á poco dejó el lugar en los

(1) Guyon.— Art. «Blépharoplastie», *Dict. encyclop. des Sciences médicales.*

tratados clásicos y en el espíritu de los oftalmólogos, á un método nuevo del todo, que se funda en la innovación tan curiosa de Reverdin del injerto epidérmico, cuyas primeras comunicaciones de dicho autor son ya conocidas (1). Poco después fué perfeccionado el procedimiento y se ensayó cortar fragmentos más gruesos, comprendiendo á la vez el dermis y la epidermis: es el injerto dermoepidérmico de Ollier, y el injerto en mosaico de de Wecker. Por último, se puede conseguir injertar un colgajo cutáneo tomado á distancia y de un tamaño igual á la totalidad de la herida que hay que cubrir. La primera operación de esta naturaleza fué practicada en París por Le Fort en 1870, y algunos años más tarde, un cirujano inglés, Wolfe, erigió este modo de intervenir en verdadero método por la publicación de una sola observación primero, y luego de una serie de casos destinados á afianzar más su doctrina. Esta última circunstancia puede hacer comprender, pero no con todo excusar, que la restauración de los párpados por injerto cutáneo lleve generalmente en el extranjero, y aun en Francia en ciertos libros, el nombre de método de Wolfe.

Un último procedimiento de injerto cutáneo es el de Thiersch, que sólo en ciertas condiciones puede ser aplicable á la restauración de los párpados.

5.° El método italiano

Hemos guardado para lo último un método antiguo, que ha permanecido largo tiempo en desuso á causa de sus dificultades materiales, por otra parte bien conocidas, y que remonta al siglo XVI, debido al cirujano italiano Tagliacozzi. Este, como es sabido, soldaba á la herida que tenía que cubrirse un colgajo de piel tomada del brazo y unida aún al miembro por su pedículo. El enfermo conservaba esta situación de relación íntima con su brazo hasta la reunión completa del colgajo, y sólo una vez conseguido esto se seccionaba el pedículo. Este método se ha empleado de nuevo en estos últimos tiempos por P. Berger, que lo ha hecho práctico por medio de aparatos de contención muy ingeniosos, obteniendo muy buenos resultados.

6.° Discusión del valor de estos diversos métodos

Expuestos ya los principios de cada uno de los métodos fundamentales, nos quedan por investigar las razones que han hecho abandonar la

(1) REVERDIN. — *Soc. de Chirurg.*, 1869, y *Archives génér. de Médecine*, 1872.

autoplastia por inclinación, por el injerto cutáneo, y confiamos demostrar la absoluta inferioridad del injerto respecto de la autoplastia verdadera.

La práctica del injerto cutáneo la motivaron, por una parte, los reproches dirigidos con mayor ó menor fundamento á los métodos autoplásticos verdaderos—y una parte de estos reproches no tuvieron casi razón de ser desde el momento en que se aplicó la antisepsia con todo el rigor posible,—por otra parte, la facilidad muy grande de esta operación, que consiste en trasplantar al párpado refrescado un colgajo de piel tomado de un punto lejano del cuerpo.

Principalmente se ha reprochado á la blefaroplastia por colgajo facial:

1.° El dejar una segunda deformidad mucho más considerable que la primera si no se consigue la reunión, y sobre todo si el colgajo se gangrena en totalidad y aun parcialmente;

2.° De no ser realizable, si las proximidades del párpado por restaurar están constituídas por tejido cicatricial de poca vitalidad y difícil de trabajar quirúrgicamente;

3.° De producir en la cara costuras, pliegues cutáneos, que son otras tantas deformidades aparentes añadidas á la deformidad primera.

Paralelamente á estos inconvenientes enumerados, los partidarios del injerto colocan en parangón las principales ventajas de éste, que son:

1.° Que el inconveniente es casi nulo si falla el resultado de la operación; todo se reduce á comenzar otra vez, y no hay nada perdido;

2.° Que el injerto cutáneo puede verificarse siempre con la misma facilidad;

3.° Que no produce en la cara ninguna deformidad nueva.

Pues bien, en este mismo terreno se puede defender la blefaroplastia por inclinación, y puede ser argumentada con éxito cada una de las tres precedentes proposiciones.

Actualmente podemos muy bien no temer ya la desunión de los colgajos ó su mortificación en la blefaroplastia, si se sabe aplicar con todo rigor el método antiséptico y si el colgajo es bastante grueso y provisto de un pedículo bastante ancho, en una palabra, bien nutrido.

Mas esta vitalidad del colgajo es la que en algunos casos sería imposible obtener, cuando éste debe tomarse del tejido cicatricial próximo al párpado, cuando se trata, por ejemplo, de una quemadura extensa y profunda de la cara. Es evidente que hay casos en que la obtención de un colgajo en la proximidad del párpado está rodeada de muchas dificultades y hasta de peligros para la conservación de las partes; pero estos casos son relativamente raros, más raros sobre todo de lo que consideran los

partidarios convencidos del injerto. Para atribuirles justamente la parte que les corresponde, nos hemos de referir á la discusión entablada en la *Société de Chirurgie*, en 1856 (1), en la que tomaron parte Denonvilliers, Chassaignac, Michon, Verneuil, y que ha agotado el debate de un modo general. He aquí las principales conclusiones:

1.° Cuando el tegumento cicatricial es delgado, tenso, reluciente, muy seco, poco vascular, enteramente fibroso, adherente á las capas subyacentes, ó separado de ellas por un tejido celular muy laxo y como seroso, no debe utilizarse;

2.° Si, al contrario, la cicatriz sólo ocupa las capas superficiales de un dermis grueso, si está llena de un panículo adiposo bien nutrido, con excelente vitalidad, sin adherencias subyacentes, se puede sin temor cortar de ella los colgajos;

3.° Puede también entonces, que las condiciones anatómicas no son muy favorables, utilizarse el tejido cicatricial, pero únicamente por muy pequeñas partes;

4.° El tejido cicatricial es susceptible de reunirse por primera intención al tejido análogo y á los tejidos sanos;

5.° Los colgajos cicatriciales están exentos de diversos inconvenientes, frecuentes en aquellos que se cortan de las partes blandas sanas; de este modo quedan planos, no cabalgan por encima de las partes vecinas, y no están expuestos como los últimos á abofellarse y formar relieves, mamelones desagradables;

6.° Cuando la cara ha quedado muy desfigurada por una cicatriz y no se repara más que una parte de su superficie, los párpados, por ejemplo, es ventajoso, desde el punto de vista estético, emplear un colgajo cicatricial.

En efecto, cuando el colgajo está constituído por tejido sano, el nuevo párpado forma, con las partes vecinas, un contraste algo chocante.

Como puede muy bien observarse, estas conclusiones de la *Société de Chirurgie* establecen claramente las condiciones, frecuentes en suma, en las que el cortar un colgajo de las partes próximas será posible para los párpados. Además, los dos últimos párrafos, el último sobre todo, contienen una respuesta formal al argumento, alegado por los partidarios del injerto, de que el cortar un colgajo de la mejilla y de la frente añade una nueva deformidad á la ya existente. El utilizar un colgajo de piel lejana y de aspecto distinto de la piel del rostro, cicatricial ó no, da un aspecto mucho más chocante todavía, y en cuanto á las cicatrices de la herida resultante, pueden quedar reducidas á muy poca cosa, bien por la reunión

(1) Véase *Bulletin de la Société de Chirurgie*, L. VI, pág. 549 y siguientes.

inmediata, cuando es posible, bien por un injerto cutáneo, que encontrará aquí una aplicación preferible á su empleo directo sobre los párpados, por razones que ahora vamos á desarrollar.

En efecto, aunque los argumentos invocados contra la blefaroplastia pueden ser fácilmente combatidos, estaríamos dispuestos á adoptar el método del injerto cutáneo por su facilidad de ejecución y por la falta de inquietud para el operador, si éste ofreciera una verdadera garantía de éxito. Pero esto constituye el fondo del debate y sobre este punto se dirigirá todo el esfuerzo de nuestra demostración: la blefaroplastia por colgajo facial es capaz de restaurar un párpado, restituyéndole su *forma y sus funciones;* el injerto cutáneo aplicado con el mismo fin da á menudo un resultado desfavorable en el sentido de que no devuelve completamente al órgano su *forma y sus funciones.*

La razón de este defecto del injerto cutáneo reside por completo en un movimiento de retracción, bien conocido, del colgajo trasplantado, que, pasado algún tiempo, resulta como reabsorbido en mayor ó menor parte. Un colgajo, por ejemplo, que en el momento de su aplicación medía 5 centímetros, no cuenta ulteriormente más que 2, 1 y hasta medio centímetro. Como el colgajo trasplantado no puede ser, naturalmente, mayor que la herida de refrescamiento del párpado, de ello resulta que el encogimiento del colgajo ocasiona una retracción de este párpado, y por lo tanto un fracaso, cuando menos parcial, en la forma, y sobre todo en las funciones de esta parte.

Monod, en su muy notable informe á la *Société de Chirurgie* (1881) acerca de esta cuestión, considera, con Zehender, que este encogimiento ó retracción constituye el escollo del método de injerto cutáneo, y en la discusión que siguió al informe de Monod, Berger presentó una comparación del mayor interés entre un injerto cutáneo practicado en el párpado izquierdo de una enferma y una blefaroplastia por el método italiano practicada en el ojo derecho de la misma (1). La comparación resultó en desventaja por parte del injerto y vino en apoyo de nuestra manera de ver respecto de la pérdida de integridad de los colgajos trasplantados. En la enferma de Berger, el colgajo del método italiano había conservado su extensión, su elasticidad y aspecto normal, mientras que la piel injertada había sufrido la reabsorción peculiar de esta suerte de colgajos. Así, pues, la operación llamada de Wolfe, la trasplantación cutánea sin pedículo, es una operación que, por su poca eficacia, no merece ser erigida en *método de elección* para la restauración de los párpados; se reservará para algunos casos especiales que fijaremos ulteriormente.

(1) Berger.—*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, pág. 681.

7.° Indicaciones propias de cada uno de estos métodos

Nos quedan actualmente por determinar los casos particulares á que son aplicables los diversos métodos que hemos enumerado.

A.— Caso en que la cicatriz está solamente limitada al párpado

Cuando sólo es cicatricial el párpado y los tejidos próximos han conservado su integridad, se puede establecer en principio la proscripción de todo injerto. Es en las proximidades donde deberá tomarse el tejido necesario para practicar una verdadera autoplastia según la fórmula de Blandin.

En un caso particular, si se trata de un individuo joven, principalmente de una mujer, en la que siempre se rehuye practicar suturas suplementarias en la cara, se podrá emplear el método de blefaroplastia italiano, del que ulteriormente tendremos que ocuparnos.

Con todo, en la gran mayoría de casos, daremos la preferencia á la blefaroplastia facial.

Diremos únicamente dos palabras sobre los diferentes procedimientos y sus distintas aplicaciones.

a) *Ectropion total del párpado superior.*—El colgajo se tomará de la sien y su pedículo será inferior, junto á la región zigomática ó á la misma mejilla, según la extensión necesaria del mismo (procedimiento de Denonvilliers) (1).

No podemos hacer más que indicar brevemente los diversos tiempos de esta autoplastia: liberación y disección del ectropion, sutura palpebral, obtención del colgajo conforme á un patrón de una extensión mayor que la superficie de refrescamiento y con la particularidad necesaria de que el lado interno del pedículo debe coincidir con el extremo externo de dicha herida de refrescamiento, perfecta hematosis del colgajo y de la herida palpebral. Por último, minuciosa sutura del colgajo y de la herida originada por la obtención de éste, bien con seda, bien con crin de Florencia.

Inútil es que insistamos sobre el rigor con que debe seguirse el método antiséptico. La cicatrización de primera intención, *necesaria aquí*, no se

(1) Sabido es que, en general, la situación del pedículo se determina del siguiente modo: para el párpado superior el pedículo es bajo, de la mejilla; para el párpado inferior es alto, de la sien. Los pedículos tienden, en efecto, á tirar de los colgajos, y al mismo tiempo los párpados reconstituídos, en su dirección, y colocados de esta suerte, concurren natural y perpetuamente á mantener el efecto de la restauración palpebral.

obtiene sino con las mayores precauciones. Tenemos la costumbre de espolvorear la herida con *yodoformo* y cubrirla de gasa *salolada* en compresas imbricadas. Por encima, un apósito de algodón compresivo. Al levantar por primera vez esta cura, á los seis ú ocho días, se encuentran generalmente las suturas cicatrizadas por completo y ya es posible quitar una parte de los puntos y hasta á veces todos.

b) *Ectropion parcial del párpado superior, lado externo.*—Aquí el colgajo se cortará del mismo modo que el anterior y se aplicará también perpendicularmente; sólo que ha de ser de menor extensión.

c) *Ectropion parcial, interno, del párpado superior.*—Esta forma de ectropion se observa raras veces. Siempre podremos, siguiendo el método de Denonvilliers, cortar un colgajo frontal con pedículo que llegue á la raíz de la nariz y aplicarlo, por inclinación ó perpendicularmente, en la brecha ó herida del párpado.

d) *Ectropion total del párpado inferior.*—El colgajo (procedimiento de Denonvilliers) se tomará de la mejilla y su pedículo será superior alcanzando la sien. La ejecución será idéntica á la que hemos indicado antes.

e) *Ectropion parcial, externo, del párpado inferior.*—Esta forma de ectropion es muy frecuente, siendo consecutiva á los abscesos escrofulosos del hueso malar; se han adaptado también numerosos procedimientos para su curación. La operación que conseguirá mejor resultado será, con todo, la misma de Denonvilliers, con colgajo corto tomado de la región malar.

No obstante, en este caso podrá emplearse el conocido procedimiento de Richet, que consiste en un cambio de colgajos curvos.

f) *Ectropion parcial, interno, del párpado inferior.*—Esta forma de ectropion, que aparece á veces después de los abscesos ó las cauterizaciones profundas del saco lagrimal, es muy difícil de corregir. Si la simple sutura palpebral, ayudada ó no por uno de los procedimientos, por otra parte poco eficaces, del tipo de la operación de Warthon Jones, no basta á levantar el párpado ectropiado, será necesario reparar la parte interna del párpado inferior por medio de un pequeño colgajo frontal. Este colgajo, cortado á nivel de la raíz de la nariz y remontando hacia la frente, tendrá necesariamente su pedículo abajo, hacia el ángulo interno del párpado afecto, y tendrá que sufrir una no menos imprescindible torsión casi completa para poderlo aplicar á la superficie de refrescamiento; esto será una blefaroplastia que se apartará del procedimiento de Denonvilliers para corresponder más bien al método indiano. La operación deja después, por toda deformidad, un pequeño rodete ó tumefacción cutá-

nea que ocupa el ángulo interno del ala de la nariz; este mamelón dista de ser lo desagradable y manifiesto que pudiera suponerse.

B. — Caso en que el párpado y las partes próximas están constituídos por un tejido de cicatriz no adherente

En este caso, como en el anterior y todavía de un modo más absoluto, la restauración por injertos puede ser proscrita. En efecto, todo injerto, aun con éxito, por su aspecto de piel normal produciría un contraste con las partes circunvecinas, por su superficie cicatricial constituída por una epidermis lisa, barnizada y surcada de vascularizaciones finas y visibles.

Por esta misma razón el método italiano, que tiene algunas aplicaciones en los casos anteriores, no es aplicable á éste, puesto que el color blanco del colgajo trasplantado destacaría de un modo desagradable sobre los tejidos de alrededor.

Por tanto, al tan perfecto método de Denonvilliers es también al que deberá recurrirse, con todas las modificaciones enunciadas en el anterior capítulo; como es sabido, el tejido cicatricial no adherente y vascularizado se deja trabajar con la mayor facilidad (mejor que la piel normal), y la reunión primitiva ó por primera intención se obtiene muy fácilmente. Las operaciones de esta clase son, pues, de un excelente pronóstico.

En los casos en que el ectropion sea poco considerable, podríamos limitarnos á levantar el párpado ectropionado empleando los procedimientos que corresponden al método llamado francés, ó más bien antiguo, y que se verifican por deslizamiento; podría también recurrirse á uno de los procedimientos de Dieffenbach, al cambio de colgajos, que viene á ser uno de los derivados del método. Estas diversas operaciones, que consiguen únicamente ligeras correcciones, sólo pueden aplicarse á los ectropiones del párpado inferior y aun á los más exiguos.

C. — Caso en que el párpado ectropionado está rodeado de tejido cicatricial impropio para la reparación

Hay casos en que esas partes ó regiones vecinas del párpado por restaurar están constituídas sólo por un tejido delgado, no vascular é íntimamente adherido al esqueleto de la cara. Este tejido cicatricial es imposible de trabajar y de movilizar; aunque lo fuera, resultaría segura su mortificación como colgajo. En tal caso, es indudable que la reparación ideal por medio de un colgajo tomado de las proximidades es inútil inten-

tarla. Entonces mejor será dejar los métodos de *autoplastia* para adoptar los de *injerto*.

En este caso, están indicados los diversos procedimientos de injerto cutáneo ó dermoepidérmico, que al comenzar este estudio hemos rechazado en el concepto de operaciones aplicables á todos los casos. Repitiendo nuestra conclusión anterior, diremos que: el injerto cutáneo no ha de constituir un método de elección, pero subsiste como método de necesidad, de utilidad innegable. Por tanto, cuando toda la cara está invadida por tejido cicatricial adherente, se considerará muy ventajoso poder tomar del brazo ó del muslo colgajos cutáneos separados por disección (Le Fort, Wolfe) ó dermoepidérmicos obtenidos con la navaja (Thiersch) para cubrir las heridas resultado del refrescamiento de los párpados reinversados en ectropion.

Como precedentemente, y como en todos los casos, se practicará rigurosamente la sutura de los párpados. Pero aquí los párpados deberán permanecer reunidos más tiempo que en todo otro caso, puesto que la piel de alrededor es cicatricial, y el injerto implantado resultará, como es sabido, cicatricial y se retraerá. Por efecto de estas circunstancias, los párpados quedarán estirados mucho tiempo, y desunidos, volverán al estado de ectropion. Hay que oponerse, pues, tanto tiempo como sea posible á esta recidiva del ectropion manteniendo la sutura.

Aconsejamos también que se recurra en este caso al método italiano, pero conviene advertir que su ejecución es complicada y que los enfermos toleran á veces difícilmente la actitud molesta que para la aplicación de dicho procedimiento se necesita. Sin entrar en detalles, diremos que la operación debe ir precedida de la construcción del aparato destinado á mantener el brazo aproximado al párpado, el antebrazo en flexión sobre la cabeza, y el enfermo se ensayará varias veces á llevar este aparato durante más ó menos tiempo hasta acostumbrarse suficientemente. Digamos además que, tocante al colgajo, su posición, su longitud, su cambio de sitio, en una palabra, todo ha de ser de antemano minuciosamente calculado y con patrones cortados á este efecto.

La operación de la blefaroplastia por este método viene á ser bastante complicada, y no está al alcance de todos el practicarla; es necesario contar con ayudantes habituados, un material perfecto, y un enfermo dócil que se pueda vigilar muy de cerca y por mucho tiempo. Pero cuando es posible dicha operación, da resultados muy satisfactorios en los casos que para ella hemos reservado.

En resumen, en el ectropion cicatricial, imposible de tratar por un colgajo tomado de la cara, se pensará en la blefaroplastia italiana si esta

es practicable; en el caso contrario, se recurrirá al injerto cutáneo ó dermoepidérmico.

D. — CASO EN QUE LA PÉRDIDA DE SUBSTANCIA PALPEBRAL RESULTA NO DE LA LIBERACIÓN DE UN ECTROPION SINO DE LA ABLACIÓN DE UN CANCROIDE

Este es un caso muy especial de restauración del párpado y que supone deducciones igualmente especiales. Aquí la superficie cruenta que necesita una obliteración por un colgajo cutáneo es independiente de toda clase de cicatriz, y esta circunstancia hace que el colgajo trasplantado no tiene que luchar contra ninguna retracción proveniente de la región en que se haya implantado.

Mientras el colgajo sea suficiente para cubrir la superficie refrescada, y si, como debe esperarse, se logra bien la reunión primitiva ó por primera intención, el éxito de la autoplastia queda asegurado.

Estas consideraciones hacen ya comprender que todos los procedimientos de restauración palpebral pueden proporcionar buenos resultados cuando se trate de cubrir la herida producida por la extirpación de un cancroide, y el injerto dará resultado tan bien como los demás procedimientos.

En resumen, pues, para reparar la pérdida de substancia resultante de la ablación de un cancroide palpebral, únicamente estará la dificultad en la elección. La blefaroplastia facial será posible siempre; pero por poco que se quieran ahorrar los tegumentos próximos, será muy propio contar con el buen efecto de los injertos, ya cutáneos, ya dermoepidérmicos. Así sucede, sobre todo para los cancroides de los ángulos del ojo, que son casi los más frecuentes.

El método italiano resulta en este caso poco ventajoso. Ante todo el cancroide, una vez comprobado, debe extirparse cuanto antes, lo que no se aviene con las largas manipulaciones preparatorias que exige la aplicación de los aparatos de P. Berger. Después y principalmente el curso postoperatorio debe ser cuidadosamente observado por lo que se refiere á la reproducción de la neoplasia, y también para esta investigación la disposición de las partes en la blefaroplastia italiana ofrece ciertos inconvenientes.

8.º Restauración secundaria

No podemos pasar por alto una forma de reparación de las superficies de ablación de los cancroides que, por su importancia, debería motivar y

ha motivado, en efecto, trabajos especiales; nos referimos á la restauración secundaria.

Cuando la herida que resulta de la ablación de un cancroide es extensa, de modo que el colgajo destinado á cubrirla debería, por tanto, ser bastante considerable, resulta ventajoso dejar algún tiempo esta herida abandonada á sí misma, de manera que su extensión se reduzca gradualmente. Luego, cuando la reducción de la herida vegetante tiende á establecer retracción de las partes próximas, es cuando hemos de cubrir esta herida granulosa, así reducida, por un colgajo tomado de la cara ó de un punto lejano del cuerpo.

Por otra parte, la reducción de la superficie cruenta, debida á la exérexis de la neoplasia es á veces tal, que toda reparación blefaroplástica resulta inútil. Es únicamente indispensable mantener la sutura palpebral durante todo el tiempo de la reparación y aun mucho tiempo después, hasta que la cicatriz cutánea se haya suavizado.

VIII

Simbléfaron

Entre las desviaciones ó deformaciones de los párpados, no podemos dejar de mencionar el simbléfaron, que representa la soldadura parcial ó total de la cara mucosa de los párpados con la cara convexa del globo ocular. El simbléfaron sobreviene á menudo á consecuencia de quemaduras químicas de la conjuntiva ó resulta de ciertas afecciones necrosantes de la conjuntiva, como la difteria, las granulaciones ó la xeroftalmía.

Si el simbléfaron es total, no hay nada que hacer, y lo mejor es soldar definitivamente los párpados por medio de la sutura.

Si el simbléfaron es parcial, se puede esperar alguna mejoría seccionando la brida cicatricial y reparando la pérdida de substancia con un colgajo conjuntival tomado de las inmediaciones. Lo mejor es cortar en la conjuntiva bulbar superior un colgajo en forma de puente y hacerlo pasar por encima de la córnea para llegar á colocarlo en el fondo de saco inferior, que es el sitio ordinario del simbléfaron. Se fija con suturas practicadas con seda fina.

En algunos casos de simbléfaron limitado, este procedimiento da resultados muy positivos.

Se ha intentado prevenir el simbléfaron, después de las quemaduras

ó en el tracoma antiguo, aplicando en la cavidad conjuntival láminas ó trozos de cristal de forma adecuada destinados á mantener mecánicamente libre el espacio de los fondos de saco; este medio, lo propio que el que consiste en destruir diariamente, con un estilete, las bridas cicatriciales que se forman, no da más que resultados negativos y tiene el inconveniente de someter los enfermos á continuos tormentos.

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO LAGRIMAL

POR

E. VALUDE

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Tratamiento de las afecciones de las vías de excreción de las lágrimas

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

El aparato lagrimal se compone de dos partes: la glándula ó las glándulas lagrimales, que segregan las lágrimas, y las vías de excreción que sirven para conducirlas á la cavidad de las fosas nasales. Con respecto á la terapéutica, la segunda de estas dos partes del aparato lagrimal es de primera importancia, por razón de las diversas lesiones que en ella se presentan, y de la multiplicidad de tratamientos de que son estas lesiones objeto. Las afecciones de las glándulas lagrimales, por el contrario, son raras y poco variadas.

Recordemos que estas vías de excreción están constituídas, desde el ojo hacia las fosas nasales, por los puntos lagrimales, el saco lagrimal, el conducto nasal. Aparte de las lesiones propias de los puntos y de los conductillos lagrimales, toda afección del resto del conducto caracterizada por lagrimeo y acompañada ó no de supuración, toma el nombre genérico de *dacriocistitis*.

B.—ESTRECHECES Ú OBLITERACIONES DE LOS PUNTOS Y CONDUCTOS LAGRIMALES

1.° Los *puntos lagrimales* están á menudo *estrechados* ú *obliterados* congénitamente ó por inflamaciones blefaríticas ó conjuntivales. Pueden verse, á consecuencia de quemaduras, desviados en diversos sentidos, sobre todo hacia fuera; por último, cuerpos extraños, pestañas, residuos, los obstruyen á veces completamente. El inferior es afectado más pronto que el superior. Se pueden reconocer fácilmente las desviaciones que comprenden el borde marginal encontrándose el orificio lagrimal rechazado hacia fuera del lago lagrimal. Si hay estrechez, se dilatará el punto con el estilete cónico ó la sonda; si existe una desviación hacia fuera, se seccionarán punto y conducto hasta que su abertura alcance el lago lagrimal del ángulo interno de la conjuntiva.

2.° Los *conductos lagrimales* pueden ser, como los puntos lagrimales y por las mismas causas, *desviados*, *estrechados* ú *obstruídos*. El de arriba es más á menudo interesado que el de abajo.

Si existe simple oclusión, se practicará la dilatación con el estilete cónico; si se trata de desviación de los puntos ó de los conductos lagrimales, conviene practicar la incisión con el cuchillo de Weber previa dilatación con el estilete cónico. Importa seccionar sobre todo la pared posterior. Cuando está interesado únicamente el punto lagrimal, el instrumento respetará el conducto correspondiente. En caso de que los dos estén afectos, la sección se extenderá hasta el saco lagrimal.

A veces estos conductos lagrimales contienen cálculos petrosos de mayor ó menor volumen designados con el nombre de dacriolitos. Se quitarán fácilmente después de la incisión del conducto.

C.—DACRIOCISTITIS

1.° Dacriocistitis simple

La dacriocistitis simple, en su primer grado, se manifiesta por un lagrimeo muy poco acentuado é intermitente, que se exagera durante la estación fría, sobre todo en los tiempos húmedos, y por el viento.

Esta humedad constante, que pasa á ser verdadero *lagrimeo* así que el enfermo se expone á frío exterior algo intenso, no tarda en molestar y poco á poco se hace intolerable por su misma persistencia.

Hay enfermos que acuden al médico desde este primer período; también hay muchos en los que la afección no pasa de este grado inicial y conservan durante largos años el simple lagrimeo.

Cuando la enfermedad está en este período inicial, existiendo solo lagrimeo, nos limitaremos á la dilatación progresiva por el cateterismo de Bowman, siguiendo el método ordinario. Primeramente importa asegurar la fácil introducción del estilete en el conductillo lagrimal; para esto tenemos tres medios: 1.° la dilatación del punto lagrimal con el estilete cónico puntiagudo, que se introduce en el punto lagrimal y se hace mover entre los dedos como una barrena; 2.° el desbridamiento muy exiguo del punto lagrimal únicamente; 3.° el desbridamiento del conductillo lagrimal por completo, hasta el saco lagrimal *exclusivamente*, practicado con un pequeño bisturí de botón especial.

Una vez practicada esta operación preparatoria, se procederá al cateterismo. Las sondas pueden ser introducidas, ó bien por el punto lagrimal inferior, ó por el punto lagrimal superior; hay casos en que no cabe la elección y el paso de la sonda no puede lograrse más que por uno de los dos conductillos; importa, pues, estar familiarizado con los dos métodos.

La sonda de Bowman no está destinada á permanecer en el conducto nasal; el cateterismo ordinariamente sólo ha de durar de veinte á treinta minutos, pero debe repetirse todos los días ó cada dos y durante un tiempo generalmente largo.

Cuando está algo inflamada la mucosa de los conductos, no es conveniente comenzar la dilatación empleando las sondas más finas, pues nos exponemos á practicar falsas vías, lo propio que el estilete muy fino de Anel. El número 2 es un buen número para comenzar.

La maniobra de introducción para el conductillo inferior es la siguiente: la sonda ingresará en el conductillo lagrimal siguiendo una dirección transversal de fuera adentro, y ligeramente oblicua hacia arriba y atrás; el dedo de la mano libre tira ligeramente del borde del párpado en que se opera. Cuando se siente chocar la sonda con un obstáculo que debe ser el fondo del saco lagrimal, se levantará la sonda verticalmente y sólo faltará introducirla decidida, pero no brutalmente, en esta misma dirección.

Si la sonda, colocada en posición vertical, parece que quede detenida sin avanzar por el conducto nasal, deduciremos que su extremo no ha penetrado en el saco, sino que ha chocado contra un repliegue del conductillo cuya mucosa no ha sido bien distendida por el dedo encargado de tirar del párpado. Entonces volveremos en seguida á la primera posición, se hará penetrar el estilete á fondo hasta el unguis tendiendo bien

el párpado, y luego levantar *manteniendo siempre bien tenso el borde palpebral.*

En todas estas maniobras es necesario proceder con suavidad, deteniéndose á cada obstáculo para retroceder ligeramente, luego avanzar de nuevo con precaución para no abrir falsas vías y evitar los desgarros de la mucosa.

Por último, no deberá pensarse en pasar de un número inferior al inmediato superior hasta que el primero penetre con facilidad y sin provocar dolor.

2.° Dacriocistitis mucosa ó blenorrea

Cuando el lagrimeo se complica con hinchazón del saco llenándose éste de moco puriforme; en una palabra, cuando la enfermedad se halla en el período de blenorrea, el desbridamiento de las vías ha de practicarse más ampliamente, intentándose además modificar las superficies mucosas. Con este objeto, se practicará la sección del ligamento pálpebral interno, siguiendo el método de Weber, levantando el cuchillete á nivel del saco, con el filo hacia delante, y haciéndolo bascular de modo que seccione el ligamento, ó también puede practicarse la sección completa de las vías por el procedimiento de Stilling, esto es, hundiendo y volviendo en todos sentidos á nivel del saco y del conducto lagrimal un bisturí de fuerte lámina triangular; después, abierto de este modo ampliamente el saco, se tocará su pared interna con un cáustico montado en un portacáusticos, ó más sencillamente, con una perla de nitrato de plata obtenida cogiendo con la punta de un estilete una gota de nitrato de plata fundido y líquido.

En estos casos, el tratamiento se continuará con el cateterismo de Bowman, al que se asociarán inyecciones antisépticas practicadas con la jeringa de Anel ó con la sonda hueca de de Wecker. El cateterimo y las irrigaciones antisépticas se proseguirán hasta que cese el lagrimeo.

Cuando el saco es grueso y está dilatado, bien que haya retención completa de su contenido líquido ó se trate de esa forma de la enfermedad conocida con el nombre de *tumor lagrimal*, la curación por estos simples medios es mucho más difícil de obtener.

La ablación parcial ó total del saco no está, por tanto, á nuestro entender, indicada más que en las dilataciones notables ó excesivas de la bolsa lagrimal. Hemos extirpado muchas del volumen de una nuez grande.

En el caso en que las irrigaciones antisépticas y las cauterizaciones resulten insuficientes, el raspado con ó sin cauterización *nitratada* á

través de una incisión de la pared anterior, da entonces excelentes resultados. Una vez incindido el saco á través de la piel, se practica un raspado enérgico del interior de éste y se toca en seguida el fondo de la cavidad con una solución cáustica de *sublimado* al 1 por 100. Se rellenará la cavidad con una mecha *yodofórmica,* que se cambia cada cuatro días. El día de la cura, nuevo toque con el sublimado cáustico. Entretanto, se restablece á la vez por el cateterismo la permeabilidad de las vías lagrimales naturales.

También en los casos en que se desea evitar la menor cicatriz cutánea, cuando las irrigaciones, las instilaciones y la compresión son insuficientes ó sobrado lentas en curar, se puede hacer el raspado del saco sin previa incisión. Es necesario convenir en que el temor de una cicatriz cutánea es exagerado, puesto que apenas queda señal de la incisión.

Con todo, hay casos en que los enfermos sólo quieren aceptar un tratamiento que no obligue á incindir la piel. Terson (de Toulouse) practica entonces una operación que puede, si no existe demasiada dilatación del saco, dar resultado satisfactorio. Después de la sección del conducto lagrimal superior é instilación de algunas gotas de una solución de *cocaína* al 1 por 20 en el saco y si es necesario dilatación lagrimal con las sondas simples y cónicas, se introduce una cucharilla estrecha y fenestrada primero en el conducto nasal, luego se levanta y mantiene en el saco, en el que se practica el raspado ó escobillonado. En seguida se procede á un lavado bajo fuerte presión. El dolor es casi nulo y apenas hay hemorragia.

Hemos de reconocer también que el raspado lagrimal por las vías naturales es más laborioso y menos completo que á través de una incisión cutánea directa. Este procedimiento parece dar muy buenos resultados en gran número de dacriocistitis mucosas y algunas dacriocistitis supuradas, pero no se considera acertado limitarse sistemáticamente á su empleo. Es tanto menos necesario por cuanto la incisión cutánea hecha tempranamente es poco dolorosa (se puede, por otra parte, inyectar previamente cocaína debajo de la piel y en el saco) y la cicatriz que resulta es generalmente insignificante. Tanto como las cicatrices de las aberturas patológicas son anchas, irregulares y manifiestas, las cicatrices de las incisiones resultan pequeñas y discretas; hasta á menudo ni queda huella apreciable.

Lagrange emplea muy ventajosamente en la dacriocistitis crónica con blenorrea del saco, la *electrolisis* de las vías lagrimales. La electrolisis agota la supuración por la potente desinfección que determina y modificaría favorablemente la mucosa del conducto nasal. La sonda forma uno de los polos y la operación no es muy dolorosa si se tiene cuidado de recu-

brir la parte superior de la sonda con un barniz aislador, de modo que el efecto electrolítico quede limitado á las vías lagrimales. El empleo de un reostato evita, por otra parte, todo paso algo brusco de la corriente.

3.° Dacriocistitis purulenta

El tratamiento de la dacriocistitis purulenta simple difiere poco del de la dacriocistitis mucosa. Conviene también en este caso restablecer el curso de las lágrimas, desinfectar las vías lagrimales por irrigaciones antisépticas, reconstituirlas, en fin, por un cateterismo conveniente y asiduo.

Después de un amplio desbridamiento del conductillo y del saco, se hace una inyección *bórica* ó *sublimada*, se sonda con un catéter hueco y se irriga largamente los conductos. Es necesario á menudo, además, practicar instilaciones de *nitrato de plata* al 1 por 30, después de lavados y expresión del saco. Si este tratamiento es insuficiente, se empleará como anteriormente el raspado con incisión cutánea.

En algunos casos de dacriocistitis purulenta tenaz, con dilatación y engrosamiento del saco, los raspados y las destrucciones por medio de cáusticos químicos no pueden acabar con la afección. Se ha de seguir entonces el método de los antiguos y procurar destruir el saco por una aplicación profunda del *cauterio actual* previa incisión de los tegumentos.

4.° Dacriocistitis flemonosa

Si la dacriocistitis pasa por una influencia cualquiera del estado crónico al de agudez, si se declara un flemón del saco con los síntomas de enrojecimiento é hinchazón que nos son conocidos, la conducta que deberá seguirse es la siguiente: durante dos días se aplicarán compresas resolutivas para aliviar un poco la tensión de los tejidos inflamados; luego se desbridará el saco por su pared anterior, por la piel, siguiendo el método de los antiguos cirujanos; la cavidad supurante, ya de tal modo ampliamente abierta y mantenida así por dos pequeños separadores, se cauterizará en seguida su interior por medio de la pequeña bola del termocauterio calentada al rojo cereza. Esta cauterización modificadora, practicada ya por Scarpa y luego por Warlomont, una vez verificada, se desbridará ampliamente el conductillo lagrimal y el saco por el procedimiento de Stilling, de manera que sea posible el cateterismo ulterior. Conviene

conseguir que pase de buen principio uno de los números mayores de la serie de sondas. El cateterismo y los lavados se instituirán consecutivamente.

A. — Fístula

Si el flemón del saco ha determinado la fístula cuando el enfermo se presenta al examen, el tratamiento de tal estado de cosas diferirá poco del anterior. En efecto, será lo mejor desbridar la fístula externa de modo que quede ampliamente abierto el saco para poder cauterizarlo con el hierro candente; vendrán en seguida la estricturotomía de Stilling y la canalización prolongada.

B. — Estrecheces óseas del conducto nasal

Ocurren casos en que el obstáculo al paso de las sondas es invencible por las vías naturales; en tal circunstancia, se podría quizás ensayar la creación de un conducto artificial á través del unguis, pero es raro que el lagrimeo no persista á pesar de ello, y es generalmente preferible abstenerse de operaciones; nos limitaremos al tratamiento general que hallaremos al finalizar este estudio, ó se practicará la ablación de las glándulas lagrimales.

Si, en efecto, á pesar de la curación de la dacriocistitis persistiere el lagrimeo, sólo esta última forma de intervención resulta eficaz y puede hacer cesar, con el lagrimeo, los trastornos irritativos de la córnea y de la conjuntiva, que son su consecuencia. Se puede elegir entonces entre la ablación de la glándula lagrimal principal orbitaria ó la de su porción accesoria ó palpebral. La extirpación de la porción palpebral es, si no más fácil, cuando menos más sencilla ó más fácilmente aceptada por los enfermos; se practica ranversando fuertemente el párpado superior y dirigiendo el globo ocular hacia adentro y abajo; la porción glandular accesoria cubierta por la conjuntiva del fondo de saco, forma entonces una prominencia visible, y se puede escindir de un tijeretazo. La ablación de la glándula orbitaria debe practicarse por medio de una disección atenta y sobre todo aséptica de la región, puesto que se penetra en el interior de la órbita y en el seno de un tejido muy propicio á infectarse. Es una verdadera operación, fácil sin duda, pero que implica la posibilidad de algunos accidentes. Estas dos operaciones dan buenos resultados en el caso de lagrimeos incoercibles; de todos modos la ablación de la glándula orbitaria parece más eficaz en el caso de lagrimeo considerable, por ser un medio más radical.

5.° Resumen del tratamiento de las dacriocistitis

En resumen, el fundamento ó base del tratamiento local de la dacriocistitis ó de las estrecheces de las vías lagrimales es, con la irrigación antiséptica, el cateterismo progresivo de Bowman. Debe practicarse con suavidad y persistencia; se ha de continuar hasta que haya desaparecido todo lagrimeo. Importa saber, sin embargo, que no siempre los casos más sencillos son los que más pronto se curan; un lagrimeo simple, por ejemplo, necesitará varios meses de tratamiento, mientras que un flemón agudo desaparecerá sin dejar lagrimeo después de algunas sesiones de cateterismo.

En algunos casos de estenosis excesiva y de cateterismo muy doloroso, la sonda permanente podrá prestar verdadero servicio. Esta sonda será siempre pequeña y de substancia flexible, con preferencia de celuloide; por lo que se refiere á la reacción, se deberá vigilar siempre cuidadosamente su aplicación.

6.° Tratamiento general

Casi siempre y sobre todo tratándose de niños, se da con escrofulosos declarados; se aconsejará la *permanencia en el campo*, una *alimentación substancial azoada*, *baños salinos*, *preparaciones ferruginosas* y *yoduradas*. Este tratamiento será verdaderamente eficaz en el caso de alteración ósea.

La sífilis es más raramente reconocida, y, no obstante, las lesiones del conducto nasal pueden depender de manifestaciones tardías de esta diátesis; se han visto también chancros del ángulo interno del ojo provocar accidentes por parte del saco y presentar los síntomas de la dacriocistitis. Se combatirá la sífilis por un *tratamiento específico* enérgico.

II

Tratamiento de las inflamaciones de las glándulas lagrimales ó dacrioadenitis

A. — DACRIOADENITIS AGUDA

La dacrioadenitis aguda se observa en algunas enfermedades infecciosas generales como el sarampión, la influenza, la blenorragia y sobre todo las parotiditis. Se presenta en un lado ó en los dos, hacia la región

súpero-externa de la órbita, acompañada de dolores y edema del párpado, una hinchazón notable, dura, y una prominencia correspondiente de la conjuntiva. El tratamiento general, los *resolutivos locales*, las pomadas *hidrargíricas* ó *yoduradas*, una *punción* si es necesario, permiten obtener fácilmente una curación completa. Cuando la dacrioadenitis aguda es unilateral, débese de ordinario á una conjuntivitis, y es una infección local remontada hasta la glándula; cuando es bilateral, procede de una de las infecciones generales que hemos indicado.

B. — DACRIOADENITIS CRÓNICA

La dacrioadenitis crónica es muy rara y está caracterizada por hipertrofia glandular variable. La afección entonces constituye casi siempre uno de los accidentes raros de la sífilis ó de la tuberculosis. Es á menudo bilateral. Se observa una hinchazón de la región orbitaria externa, con ó sin desviación y dificultad ocular, á veces rubicundez, tumefacción, alguna sensibilidad. La marcha es lenta, la resolución más ó menos completa.

El *yoduro*, el *mercurio*, el *arsénico*, el *masaje*, la *compresión*, si es necesario la *electrolisis*, se emplearán según la diátesis que ocasione la enfermedad y según la forma y duración de los fenómenos.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES DE LA ÓRBITA

POR

E. VALUDE

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Traumatismos y cuerpos extraños de la órbita

Las afecciones de la órbita, lo mismo desde el punto de vista descriptivo que de su tratamiento, pueden ser divididas en dos clases: *enfermedades inflamatorias*, y aquellas, bastante diversas, que se caracterizan por *exoftalmía*. Esta última clase comprende sobre todo las *neoplasias orbitarias*.

Entre estos dos grupos queda poca cosa que pueda interesar á la terapéutica, y el único punto importante es el de los *traumatismos* y de los *cuerpos extraños de la órbita*.

A.—En las *contusiones* de la órbita, el tratamiento se limitará á la expectación y á la observancia rigurosa de las reglas de antisepsia si existe la menor herida. Las heridas contusas periorbitarias pueden, en efecto, dar lugar muy fácilmente á accidentes de infección. Nosotros hemos observado un flemón gangrenoso, que acarreó una septicemia aguda y luego la muerte rápida, y que había alcanzado un completo desarrollo en menos de treinta y seis horas después de la producción de la pequeña herida que lo originó.

B.—Cuando el traumatismo de la órbita va acompañado de *fractura*, el cirujano guardará la misma reserva expectante; no hay, en efecto, ningún otro medio de acción que un apósito oclusivo antiséptico, puesto que las partes óseas no sufren de ordinario ninguna dislocación.

Es necesario á este respecto hacer con todo una excepción para las fracturas que interesan el reborde de la órbita. Este reborde, especialmente el inferior, puede ser desprendido ó hundido por el traumatismo, de tal modo que el orificio orbitario resulte completamente deformado. Gayet (de Lyón) nos ha demostrado, por una operación verificada para una fractura antigua, que se podría en semejante caso enderezar el fragmento óseo dislocado y volverlo á su posición normal sujetándolo por suturas especiales. Estará, pues, indicado practicar este enderezamiento en seguida después de la fractura, si se ha podido comprobar la existencia de dislocación de un fragmento óseo considerable.

C.—Respecto de los *cuerpos extraños*, que complican á veces las heridas de la región orbitaria, la conducta que habrá de seguirse variará según las circunstancias. Si se trata de cuerpos extraños muy pequeños como perdigones, pequeñas partículas de vidrio, será en todos conceptos preferible no preocuparse de ellos y dejarlos donde estén; si los cuerpos extraños son voluminosos, será necesario extraerlos con más ó menos prontitud, según que pueda ó no temerse la aparición de accidentes infecciosos. En esta investigación de los cuerpos extraños, se evitará sacar el globo del ojo, si éste ha quedado indemne del accidente, pero no se titubeará en practicar la enucleación si el órgano está profundamente interesado y si constituye un obstáculo para ir en busca del cuerpo extraño.

Recordemos que la presencia de un cuerpo extraño, si es metálico y su diagnóstico diferencial con una esquirla ósea por ejemplo, pueden ser singularmente aclarados merced al aparato explorador de Trouvé. Este aparato consiste, como es sabido, en un estilete con dos agujas, el cual da paso á una corriente que hace funcionar un timbre eléctrico cuando las agujas se ponen simultáneamente en contacto con un cuerpo metálico de hierro, de plomo ó de cobre. Por último, hasta para los cuerpos extraños alojados en lo más profundo de la órbita pueden utilizarse los rayos Röntgen; hemos reconocido así una bala de revólver situada en las inmediaciones del agujero óptico.

II

Tratamiento de las inflamaciones de la órbita

Las enfermedades inflamatorias de la órbita comprenden el flemón, la tromboflebitis orbitaria, las dos formas de osteoperiostitis, aguda y crónica, y por último, la tenonitis: en esta última afección, algo especial, el

proceso inflamatorio se establece únicamente en la bolsa serosa que envuelve la mitad posterior del globo del ojo y le constituye una especie de articulación.

A.—FLEMÓN.—TROMBOFLEBITIS OSTEOPERIOSTITIS AGUDA

1.° Consideraciones generales

El tratamiento del flemón y de la tromboflebitis y el de la osteoperiostitis aguda es á poca diferencia casi el mismo; por tanto, estas tres afecciones orbitarias pueden ser consideradas en un mismo grupo. El parecido se establece aun con respecto á los síntomas así como á sus causas ú orígenes, y deberemos insistir aquí sobre todo acerca de los caracteres que permiten diferenciarlas entre sí.

La *osteoperiostitis* y el *flemón*, lo mismo una que otro, pueden provenir de una infección general ó de una lesión local infecciosa próxima; pero el primer caso es más común y corriente en la osteoperiostitis, mientras que el flemón casi siempre es producido por una infección localizada, como una dacriocistitis que ha sido abierta, una herida séptica de la región superciliar, por ejemplo, una erisipela de una región vecina. Cuando la osteoperiostitis aguda proviene de una lesión existente en las proximidades, se trata con bastante frecuencia de una supuración, de un seno y sobre todo de un seno frontal; esto, por el contrario, es bastante raro en el flemón.

Los síntomas de estas dos afecciones, cuando ofrecen el mismo carácter de agudez, son también bastante parecidos, sobre todo en lo que toca á signos subjetivos. La enfermedad comienza por un escalofrío, fiebre, un dolor vivo y lancinante en la órbita y que se propaga á toda la cabeza; sobreviene luego postración y delirio en los casos graves y hacia el final. Objetivamente se observa una hinchazón acentuada de los párpados, que se ponen tensos y lucientes cuando la supuración se dirige al exterior, después un quemosis conjuntival bastante marcado, pero *sin secreción de la mucosa*.

El fenómeno principal y también el más importante, ya que permite distinguir el flemón orbitario simple de la osteoperiostitis de la órbita, es la exorbitis. Es primero una simple y débil propulsión del globo, que se convierte poco á poco en una exoftalmía más ó menos acentuada; pero en el flemón, la propulsión es directa y el ojo es proyectado recto hacia delante é inmovilizado, mientras que, en la osteoperiostitis es lateral y el globo se encuentra inclinado hacia un lado.

En el flemón, se produce con bastante rapidez un punto de fluctuación, casi siempre á nivel del párpado superior; esto es más raro en la osteoperiostitis, en que el foco de supuración permanece profundo.

La *tromboflebitis orbitaria* puede confundirse en cierto grado con el flemón, pero su origen primero es, sin embargo, muy diferente. En el flemón, se trata de una infección del tejido celular cutáneo ó profundo, ó también de la red linfática que termina en la órbita; en la tromboflebitis, la infección proviene únicamente de las venas.

Algunas veces se han establecido diferencias entre la trombosis del tejido cavernoso, que supone una infección procedente del interior del cráneo, y la flebitis de la vena oftálmica, que comprende los casos en que la lesión infecciosa afecta las ramas terminales de esta vena. Empero, estas dos afecciones acaban por constituir una sola, puesto que la trombosis del seno cavernoso se extiende á la vena oftálmica y la flebitis de esta vena alcanza el seno cavernoso, en el que determina la trombosis. Los síntomas son idénticos, al menos en el período de estado, ateniéndonos completamente á la opinión de Panas, quien reune estos dos tipos clínicos en una misma descripción, con el nombre de tromboflebitis orbitaria.

La tromboflebitis orbitaria es, pues, ocasionada por una alteración primitiva de las venas, y en esto se distingue del flemón. Las lesiones que la producen están también más alejadas de la órbita que las que determinan la celulitis orbitaria, la que conducirá en seguida al flemón. Así es que todas las ulceraciones del orificio bucal, nasal y también palpebral, pueden dar lugar á la flebitis de la vena oftálmica; esta complicación es de temer particularmente, como se sabe, en el ántrax de la cara. Además, la flebitis primitiva del seno cavernoso, cuando la afección comienza por las partes profundas, no permite casi confundirla con el flemón. Aquí la alteración originaria es ordinariamente una lesión supurativa de la trompa de Eustaquio ó de las células mastoideas, y esto no entra para nada en la etiología del flemón de la órbita.

En semejante caso, por otra parte, los síntomas iniciales de la enfermedad ofrecen una gravedad característica y se observa sobre todo una marcada desproporción entre los fenómenos cerebrales y los signos exteriores. La cefalalgia es extrema, hay delirio y aun manifestaciones de parálisis, sin que las lesiones orbitarias guarden relación con un estado tan grave. Además, y como hecho más importante aún para el diagnóstico, en caso de trombosis inicial del seno, y por razón de la presencia en este punto del seno coronario, se observa exoftalmía de los dos lados, mientras que el flemón es siempre unilateral.

Esta bilateralidad de la lesión no se observa, con todo, al principio, cuando la flebitis comienza por la vena oftálmica y procede de una lesión que radica en la cara. En este caso, es á veces difícil distinguir la flebitis orbitaria del flemón, y, por otra parte, el hecho tiene poca importancia con respecto al tratamiento, que, en este caso particular, será el mismo en las dos circunstancias.

2.° Tratamiento

El tratamiento de la forma franca y aguda de la osteoperiostitis, así como del flemón, consistirá en la dilatación precoz del foco de supuración. En el flemón, se abrirá el absceso por el punto más fluctuante; para alcanzar el foco supurado de la osteoperiostitis, hay que seguir la pared ósea. Previa abertura, drenado é irrigaciones antisépticas en los dos casos.

Con todo, al principio y antes que se haya formado el pus y se pueda abrigar la esperanza de detener la marcha del proceso inflamatorio, se empleará la misma medicación resolutiva en los dos casos: unciones repetidas de *ungüento napolitano belladonado, calomelanos* al interior, *compresas antisépticas* y frías sobre la conjuntiva expuesta al aire é inflamada. Una ó dos aplicaciones de *sanguijuelas* calman bastante los dolores si la afección sólo ofrece mediana gravedad. Acontece algunas veces que los fenómenos retroceden sin llegar á la supuración.

En algunos casos, no de osteoperiostitis, sino de flemón, la infección del tejido celular orbitario adquiere tan grave carácter que se manifiesta como un flemón gangrenoso septicémico. Esto se observa sobre todo en las inflamaciones consecutivas á una herida del párpado ó de la ceja, muy infectada.

Los síntomas siguen entonces un curso rápido y muy grave con enorme hinchazón de toda la región y aun de la mejilla; se forman escaras y el enfermo fallece ordinariamente muy pronto con signos de septicemia aguda. En tales casos, no basta desbridar el foco purulento, aunque se haga ampliamente; es necesario quitar el globo del ojo, por otra parte ya perdido, para poder penetrar fácilmente en la cavidad orbitaria; se destruirá en seguida lo que sea posible todo el tejido necrosado é infiltrado, por medio de amplias y profundas aplicaciones de cauterio actual.

En la tromboflebitis orbitaria, se procurará neutralizar eficazmente el foco infeccioso, desbridando luego las partes infiltradas ó reblandecidas. Será también conveniente practicar en los tejidos infiltrados de la órbita esas inyecciones esterilizantes *fenicadas* que Verneuil aconseja se hagan en las regiones edematosas de la pústula maligna.

Cuando comienza la escena con los signos especiales de la trombosis del seno cavernoso, no cabe ninguna intervención quirúrgica, si no es sobre las partes que han producido el accidente, esto es, en la trompa de Eustaquio, las células mastoideas ó el peñasco. La trompa de Eustaquio podrá ser insuflada ó irrigada, y las partes óseas abiertas por medio de la trepanación.

En todos los casos de tromboflebitis orbitaria, debe concederse cierta importancia al tratamiento interno, puesto que el estado general está siempre más ó menos gravemente alterado. Hasta ciertos casos de tromboflebitis, llamados antiguamente marásticos, dependen directamente de una discrasia llegada á su último período, como el alcoholismo, la diabetes, la albuminuria, la tuberculosis. Está naturalmente indicado hacer todos los esfuerzos para combatir la afección general, que es la causa determinante de la flebitis. Aparte de estas discrasias perfectamente establecidas, el mal estado general de los enfermos afectos de tromboflebitis orbitaria se corregirá con la administración de tónicos.

B. — OSTEOPERIOSTITIS ORBITARIA CRÓNICA

1.° Consideraciones generales

La osteoperiostitis orbitaria crónica no puede ser confundida con el flemón ni con las otras afecciones precedentes. La enfermedad se presenta, en efecto, sin brote inflamatorio, con gran lentitud y podría tomarse fácilmente por un tumor profundo de la órbita y aun por un tumor sólido. Esta clase de errores diagnósticos son frecuentes, y algunos hasta célebres, como los del mariscal de Radetsky, cuya historia refiere Mackenzie. La osteoperiostitis crónica presenta, pues, todos los signos exteriores de un tumor profundo y sólo se distingue por dolores exacerbantes, á menudo nocturnos, precioso dato para el diagnóstico, y que no corresponden ordinariamente al cuadro clínico de las neoplasias de la órbita. No hay, pues, reacción inflamatoria de la piel de los párpados, ni quemosis, solo la sensación de un tumor profundo y más ó menos renitente al tacto, á veces una acentuada dilatación de las venas de la piel, como en las neoplasias. La punción ó la incisión exploradora con un bisturí de hoja larga y estrecha es lo que permite casi siempre establecer el diagnóstico.

2.° Tratamiento

En cuanto al tratamiento, y aun al tratamiento operatorio, variará según sea la causa de la osteoperiostitis.

Cuando la causa sea la sífilis, se podrá obtener una curación completa de la enfermedad, por el simple hecho del tratamiento específico rigurosamente establecido. Las inyecciones subcutáneas de *cianuro de hidrargirio* al 1 por 100, á la dosis de 1 gramo, cada dos días ó todos los días, de la solución ($0^{gr},01$ de medicamento), son de aplicación muy cómoda y exenta de peligro. Se podrá recurrir á las inyecciones de *calomelanos* ($0^{gr},05$ ó $0^{gr},07$ de calomelanos disueltos en 1 gramo de vaselina líquida) practicadas cada ocho días en la profundidad de los tejidos de la región glútea. Este procedimiento es menos sencillo; exige para su aplicación una antisepsia absoluta; el medicamento ha de ser muy puro y de preparación muy reciente, y á pesar de todo, no son raros los accidentes. Las *fricciones hidrargíricas* usuales son también muy eficaces.

Si la colección osteoperióstica es de naturaleza tuberculosa, se recurrirá también al tratamiento general específico y sobre todo á las inyecciones subcutáneas de *guayacol*. Con todo, aquí resulta necesario el tratamiento local, y debe ser radical. Se abrirá el foco tuberculoso quitando completamente, por medio de la cucharilla, el tejido óseo enfermo. Se llenará en seguida la cavidad del absceso óseo con *yodoformo*.

En el caso que la osteoperiostitis crónica sea originada por un empiema de un seno de las proximidades, convendrá, una vez abierto y raspado el foco de osteoperiostitis, tratar por la trepanación y el drenaje la sinusitis que ha motivado los accidentes. El seno que ordinariamente figura aquí como causa es el frontal, y la curación del empiema de este seno puede obtenerse, bien por trepanación directa á nivel de la cabeza de la ceja, ya por el cateterismo de las vías naturales, como lo preconizan los rinólogos, ó también, según Panas, por una combinación de los dos procedimientos.

C. — TENONITIS

1.° Tenonitis simple

La tenonitis ó higroma de la bolsa serosa retrocular es casi siempre de naturaleza reumática, y en este concepto esta afección no tiene nada de común, ni como síntomas ni como terapéutica, con las precedentes. En

algunos sujetos propensos á los accidentes reumáticos, se observa, después de estar expuestos á una corriente de aire frío, por ejemplo, que sobreviene dolor en la región orbitaria y al mismo tiempo cierta dificultad, bastante acentuada, en los movimientos del globo. Las excursiones del ojo son dolorosas. La conjuntiva es asiento de un quemosis seroso, primero inferior, luego circular; no hay secreción. El ojo está en ligera propulsión. El comienzo de la afección es siempre brusco; la enfermedad, primero unilateral, pasa generalmente al otro ojo. Los signos de la tenonitis son, en resumen, ligeros para una afección orbitaria, y la integridad del ojo y de la visión no está en modo alguno amenazada; apenas algunas veces el oftalmoscopio revela un ligero trastorno de la papila, debido á la compresión producida por el derrame retrocular.

En pocos días se obtiene la resolución de todos estos síntomas por la permanencia en la habitación, aplicaciones locales de calor seco en forma de vendaje algodonado y la administración de diversos medicamentos apropiados á los fenómenos dolorosos experimentados y á la tolerancia del enfermo: *salicilato de sosa*, *antipirina*, *sulfato de quinina* y *cloral*. En el período de declinación, se substituirá ventajosamente al salicilato de sosa por las sales de *litina*.

2.° Tenonitis supurada

La tenonitis supurada es un accidente bastante raro y que resulta ordinariamente de una infección localizada en las inmediaciones de la cápsula de Tenon. Puede observarse á consecuencia de la tenotomía en una operación de estrabismo, practicada sin haber observado las reglas de la antisepsia; se presenta también en caso de herida accidental y séptica de la región ciliar. Algunas infecciones generales podrían igualmente determinarla sin existir causa alguna local; Fuchs cita un caso en el curso de la influenza, y nosotros, en una mujer con dicha enfermedad, hemos observado una celulitis orbitaria ligera, que terminó por resolución completa, y que quizás no era otra cosa que una manifestación secundaria de la infección general en la cápsula de Tenon.

El tratamiento de esta variedad rara de tenonitis, consistirá sobre todo en la expectación y en esperar la resolución espontánea. Si la supuración se establece, el pus tenderá á abrirse paso hacia fuera, formando prominencia en un punto de la conjuntiva, indicando claramente dónde deberá practicarse la incisión, por otra parte limitada, necesaria para lograr la abertura y la desinfección del foco infeccioso.

Los casos de esta naturaleza son demasiado poco frecuentes para que

sea fácil conocer todas las eventualidades posibles de esta afección, pero no parece probable que pueda temerse la invasión del tejido celular profundo de la órbita. La serosa constituye una barrera suficiente al derrame purulento, y éste tiene, naturalmente, mayor tendencia á dirigirse hacia el exterior á los límites anteriores de la cápsula de Tenon.

III

Tratamiento de la exoftalmía y de las neoplasias orbitarias

La terapéutica de las neoplasias líquidas ó sólidas que pueden desarrollarse en la órbita, debe considerarse como el tratamiento de la exoftalmía, puesto que la exoftalmía es el síntoma capital de estas producciones. El grado, el género, el modo de evolucionar de esta exoftalmía permiten, en efecto, al cirujano reconocer de qué clase de neoplasia se trata, y le sirven de guía constante en el diagnóstico y para la elección del tratamiento.

Seguiremos, pues, este camino, y, al estudiar las diversas condiciones en las que se presenta la exoftalmía, resultará que revistaremos sucesivamente las diversas afecciones *no inflamatorias de la órbita.*

Con todo, antes de entrar de lleno en la cuestión, debemos eliminar una variedad de exoftalmía muy especial, y que no constituye en modo alguno una afección orbitaria propiamente tal; nos referimos á la exoftalmía que se observa en la enfermedad de Graves ó de Basedow, y que caracteriza, por tanto, el bocio exoftálmico. Son, por otra parte, conocidos los caracteres de esta afección, que sale evidentemente de nuestro estudio particular; no haremos, pues, más que mencionarla.

A. — EXOFTALMÍA POR HEMATOMAS TRAUMÁTICOS

La exoftalmía que ofrece menos puntos obscuros es la que sigue inmediatamente al traumatismo. Los hematomas traumáticos que la producen pueden ser debidos á una fractura de las paredes orbitarias, á un desgarro y también á una simple contusión de las partes blandas de la órbita. Generalmente un ancho equimosis descendente, capaz de invadir toda la mejilla, no permite casi dudar del origen de los accidentes. No se tendrá

ninguna prisa por evacuar el contenido líquido del hematoma así formado, las aplicaciones resolutivas y la compresión bastan generalmente para determinar la regresión de los fenómenos de protusión ocular.

B. — EXOFTALMÍA POR HEMATOMAS ESPONTÁNEOS

Al lado de estos hematomas traumáticos se colocan naturalmente los hematomas espontáneos, pero son lesiones excesivamente raras y cuyo diagnóstico no suele obtenerse sino por la punción exploradora. Se encuentra á veces en los antecedentes el hecho de un traumatismo antiguo, y entonces, aun faltando el soplo, los latidos, que casi nunca se observan en semejante caso, se puede pensar si se trata del angioma de forma quística. La presencia de estas bolsas sanguíneas impide que la exoftalmía sea reductible por la presión. Ordinariamente, estos hematomas de origen antiguo, lo propio que los hematomas absolutamente espontáneos que se observan en algunos individuos, radican en la parte profunda de la órbita; no obstante, hemos referido un caso, en una mujer hemofílica, que ocupaba á la vez la órbita y el párpado superior y formaba prominencia muy manifiesta al exterior; la exoftalmía es directa si el hematoma es profundo y la bolsa sanguínea es poco ó nada accesible á la exploración digital.

Si se trata de un simple hematoma, la evacuación completa que seguirá á la punción exploradora bastará muchas veces para lograr la curación, á condición de que además se establezca la aplicación prolongada de un vendaje compresivo después de dicha punción. Excusado es que se haga resaltar la necesidad de un extremado rigor en la antisepsia operatoria; lo propio ha de hacerse siempre y cuando se tenga necesidad de que la intervención alcance á la cavidad orbitaria, que es tan pronta en recoger todo germen de infección y favorecer su desarrollo. En caso de hematoma poco considerable, basta ordinariamente la sola compresión.

C. — EXOFTALMÍA POR ANGIOMA

Si se trata de un angioma quístico ó cavernoso de la órbita, la evacuación del contenido líquido y la compresión no impedirán que los vasos del tumor reproduzcan el derrame del quiste. En un caso de esta naturaleza, logramos hacer desaparecer muy prontamente el tumor y la exoftalmía con aplicaciones profundas de una corriente electrolítica, por medio

de agujas largas y finas introducidas hasta el fondo de la órbita. Tratábase de un angioma quístico contra el que, desde varios años, habíamos agotado todos los medios comunes ordinarios: aspiración, amplias punciones, aberturas todavía mayores, y todo sin el menor éxito. Thomson, antes que nosotros, había ya empleado la electrolisis en semejante caso, obteniendo el mismo resultado.

Se preferirá, pues, la *electrolisis* á la operación radical, que sería la única capaz de obrar eficazmente si el primer medio resultara impotente. Pero la extirpación de un angioma orbitario es peligrosa, porque el tumor está de ordinario colocado muy profundamente en la cavidad de la órbita, y el cirujano está expuesto á graves dificultades operatorias, puesto que es llevado á practicar la exenteración de esta cavidad; además, so pena de recurrir á la operación difícil y grave también de Krönlein (que estudiaremos más adelante), resulta necesario, para extirpar el tumor quístico, sacrificar el ojo, lo que es tanto más de lamentar, cuanto que el órgano, con esta clase de tumores, disfruta ordinariamente de mediana visión.

Se procurará, pues, evitar la extirpación y hasta se preferirá la abstención de todo tratamiento mejor que intervenir operatoriamente si la exoftalmía es moderada y poco amenazadora para la integridad de la córnea. La electrolisis constituirá en todo caso el procedimiento de elección en el tratamiento de estas lesiones.

A veces estos angiomas no son quísticos, ni aun cavernosos, y entonces presentan cierta compresibilidad, que hace más fácil su diagnóstico antes de que se recurra á la punción exploradora. Por otra parte, coinciden entonces frecuentemente con manchas vasculares ó nevus del párpado y de la cara.

Cuando estos angiomas están dotados de una trama fibrosa resistente, se encapsulan con bastante frecuencia, lo que permitiría que la extirpación se pudiera hacer con bastante facilidad. Sin embargo, la operación radical no está por ello más indicada, puesto que implica en la generalidad de casos el sacrificio del ojo. Será siempre preferible ensayar la electrolisis. Las *inyecciones coagulantes* no pueden emplearse á causa del peligro que tiene el introducir substancias irritantes en un foco de vasos sin contar con la posibilidad de limitar su acción, puesto que el tumor radica profundamente.

D. — EXOFTALMÍA PULSÁTIL

Debemos tratar también una serie de lesiones, muy parecidas á las precedentes en cuanto á su naturaleza, pero que deben ser absoluta-

mente diferenciadas por lo que se refiere al tratamiento. Son estados que dan lugar, de un modo general, al síndrome conocido con el nombre de exoftalmía pulsátil, y cuyos signos clínicos muy especiales no permiten la confusión con los angiomas simples.

La exoftalmía pulsátil en su forma más común es causada por una comunicación establecida, de ordinario traumáticamente, entre la carótida y el seno cavernoso. Resulta un aneurisma arteriovenoso con estos signos fácilmente perceptibles: soplo vibratorio y desdoblamiento, ruido de trill, pulsaciones apreciables á la palpación, compresibilidad y reductibilidad del tumor. Como signos generales de la exoftalmía pulsátil, encontramos una propulsión del globo bastante fuerte y dirigida hacia abajo y hacia fuera, puesto que los vasos se encuentran más bien hacia adentro; los párpados, sobre todo el superior, están edematosos á causa de la dificultad de la circulación. La exoftalmía es unilateral.

Perfectamente establecido el diagnóstico de aneurisma arteriovenoso en la órbita, resultará á menudo inútil actuar sobre la vena oftálmica por medio de las inyecciones coagulantes, de la electrolisis, ó de todo otro agente, á no ser que á la compresión de la vena subsiga la cesación del ruido de soplo. En general, no sucede así, y entonces deberán dirigirse los esfuerzos contra el elemento arterial. La compresión de la carótida puede dar resultados, pero la compresión instrumental es ineficaz y la digital difícil de mantener. En último término, el método de elección es la ligadura de la carótida primitiva. Demarquay practicaba en semejante caso la ligadura de la carótida interna, pero debe preferirse la de la carótida primitiva.

Si los antecedentes del enfermo no permiten establecer la existencia de un traumatismo de la órbita, con fractura ó penetración de un cuerpo extraño, si no existe trill ni doble soplo, se podrá pensar en la existencia de un aneurisma arterial simple de las ramas terminales de la arteria oftálmica, aunque el hecho sea muy excepcional. La dilatación varicosa simple de la vena oftálmica, rara también, no da lugar á ningún ruido de soplo y ofrece la particularidad de que la oftalmía desaparece en la actitud erguida de la cabeza para reproducirse cuando el extremo cefálico se inclina hacia delante. La compresión simple debe emplearse sobre todo en estos dos últimos casos.

La exoftalmía pulsátil puede también reconocer por causa la presencia en el fondo de la órbita de una neoplasia extremadamente vascular. En semejante caso se trata del sarcoma y la exoftalmía puede afectar todas las direcciones.

Sirve de guía para el diagnóstico la consistencia variable del tumor

cuando éste es accesible á la exploración, el estado general del enfermo y la presencia de un infarto ganglionar próximo. La determinación del cirujano ante tal tumor depende de la extensión del mal y de su generalización; deberemos estudiar este punto al tratar de los tumores sólidos de la órbita.

E.—QUISTES ORBITARIOS

Nos quedan para estudiar, en efecto, otros tumores líquidos de la órbita y que son más accesibles á la terapéutica que las neoplasias vasculares precedentes. Los quistes orbitarios ofrecen la principal diferencia con las producciones vasculares, que hemos estudiado, de que su localización es ordinariamente más superficial y en general pueden reconocerse por la exploración digital. En general, un quiste puede ser reconocido y diagnosticado por la simple palpación antes que se recurra á la punción exploradora. La situación superficial de los quistes tiene por consecuencia que el globo del ojo es más bien inclinado hacia un lado que repelido hacia fuera; la exoftalmía es lateral, y casi siempre el globo está dirigido hacia el lado externo, puesto que el sitio de elección de los quistes de la órbita es la región interna de esta cavidad.

Se encuentran en este punto quistes serosos que resultan de inclusiones fetales y que coinciden muy frecuentemente con una atrofia congénita del globo. Otros quistes de origen más francamente dermoideo, tienen un contenido espeso, que contiene pelos. El único tratamiento de estas producciones es la extirpación, que requiere de ordinario una disección laboriosa. Hay que evitar la confusión de estos quistes orbitarios situados en la parte interna de la órbita con encefaloceles de la misma región, que presentan casi completamente el mismo aspecto exterior. Se reconocerá el encefalocele por el rodete óseo, perceptible á la exploración digital, y que rodea el orificio de comunicación con el interior del cráneo. Por otra parte, una punción exploradora, siempre inofensiva, acabará de resolver las dudas demostrando la naturaleza especial del líquido contenido en el quiste.

Nos quedan también por mencionar los *quistes de entozoarios*, ordinariamente quistes hidatídicos, y que son raros, por otra parte, en la órbita. Estos pueden radicar en todos los puntos del rededor del ojo, pero nunca son muy profundos. La exoftalmía que resulta es ligera y lateral. La simple punción, si el quiste contiene líquido transparente, la punción amplia seguida de un drenado si la bolsa es supurada ó llena de hidátides, tal es el método de tratamiento aplicable á estos productos parasitarios.

F.—TUMORES SÓLIDOS

1.º Consideraciones generales

Los tumores sólidos de la órbita están casi siempre ocultos en lo profundo de esta cavidad, salvo el *lipoma*, que aparece desde el principio al exterior, debajo de la conjuntiva á nivel de los fondos de saco palpebrales, que llena y hace rebosar. Se observa entonces una especie de quemosis sólido, amarillento, que indica claramente á la vista de qué clase de producción neoplásica se trata. La extirpación está en este caso indicada, pero ordinariamente sólo puede ser muy incompleta, porque la grasa que constituye el lipoma se continúa y confunde con el tejido adiposo normal de la cavidad orbitaria. Nos limitaremos, pues, á la extirpación de todos los paquetes de lóbulos grasosos que forman prominencia al exterior y constituyen la deformidad.

El lipoma es, por otra parte, bastante raro; los tumores más comunes son, sobre todo el *sarcoma*, y después el *carcinoma*.

El sarcoma orbitario aparece ordinariamente y se desarrolla entre la pared ósea de la órbita y el nervio óptico, por detrás del globo del ojo. Resulta que la exoftalmía es casi siempre oblicua, el ojo está en protrusión hacia delante y luego repelido lateralmente por la situación de la neoplasia sobre uno de los lados del globo. Es sobre todo hacia la parte superior de la cavidad orbitaria que se desarrollan los tumores malignos de la órbita, y la exoftalmía es así en la mayoría de casos inferior. Otras veces, no obstante, cuando la neoplasia nace á expensas de las cubiertas ó vainas del nervio óptico ó del mismo nervio óptico, ó simplemente cuando se origina en el embudo muscular del ojo, la exoftalmía al principio es directa, puesto que el tumor está situado precedentemente por detrás del globo ocular.

La exploración digital apenas puede servirnos para el diagnóstico directo más que en un período tardío de la afección y cuando todo tratamiento operatorio ha de resultar ineficaz. En una época anterior, se tendrá en cuenta la producción de la exoftalmía y el resultado negativo de la punción exploradora para admitir la existencia de un tumor sólido, que resultará, en la generalidad de casos, ser un tumor maligno. El fibroma de la órbita es, en efecto, excepcional. Tiene poca importancia, con respecto á la indicación terapéutica, decidir antes de la operación si el tumor de que se trata es un sarcoma ó un carcinoma. El sarcoma es mucho más frecuente.

Existe sólo una clase de tumor sólido del fondo de la órbita, cuyo diagnóstico anatómico preciso puede establecerse antes de la operación, á causa de su consistencia, es el *osteoma*. Algunos osteomas ebúrneos tienen una dureza tal, que resisten á los instrumentos destinados á su ablación.

2.° Tratamiento

La indicación positiva ante todo tumor sólido de la órbita es la ablación, cuando pueda realizarse; además, cuando se trata de una neoplasia de esta naturaleza, han de considerarse ante todo las tres eventualidades siguientes:

1.° El ojo *debe* quitarse con el tumor;

2.° El ojo *puede* conservarse;

3.° El ojo *debe* ser conservado.

A.—El primer caso, con mucho el más frecuente, corresponde á la mayoría de los tumores sólidos de la órbita. Por poco que el neoplasma radique por detrás del globo, en el fondo de la órbita, lo que es la regla, y no sea aislable por el exterior, que es de todo punto excepcional, debe decidirse, por precaución, la ablación del ojo. Nos aseguraremos primero, por medio de una punción exploradora, de si se trata de un tumor sólido y no de un absceso crónico subperióstico, con el que la neoplasia puede siempre ser confundida. Una vez determinado el tumor orbitario, aun cuando no haya acarreado una pérdida completa de la visión, nos resolveremos á practicar una extirpación radical de todas las partes blandas de la cavidad orbitaria, lo que entraña la ablación del globo del ojo. Es lo que se denomina la *exenteración* de la órbita, y esta operación consiste en quitar completamente el contenido orbitario, globo, tejido adiposo, músculos, y hasta raspar el periostio para ponerse en guardia contra las recidivas. Esta intervención, bastante considerable, exige que se agrande la hendidura palpebral para poder operar cómodamente. Otro procedimiento consiste en incindir la piel á nivel del reborde ó contorno óseo de la órbita para entrar, por este punto, directamente debajo del periostio de la cavidad.

La exenteración de la órbita se aplica, pues, á los sarcomas y á los carcinomas de la región, de una manera general á todo tumor desarrollado á expensas de los tejidos de la órbita y dispuesto á invadir todos los elementos contenidos en esta cavidad. Podremos, no obstante, contentarnos con la extirpación simple del tumor, pero después de la enucleación del globo para facilitar la operación, en las exóstosis orbitarias que no ofrecen un carácter de malignidad.

En estos casos, por otra parte, la intervención adquiere una considerable gravedad, no por el vaciamiento de la órbita en sí, sino por las circunstancias en que frecuentemente se presenta la ablación de la exóstosis. Esta presenta á menudo una base de implantación ancha y dura á nivel de la bóveda orbitaria, que es muy frágil, y es de temer que, desprendiendo el tumor óseo, se produzca una abertura en la cavidad craniana.

B.—El ojo podrá conservarse en algunos casos, raros en verdad, en que la neoplasia maligna, originada en el mismo nervio óptico, puede considerarse que no ha rebasado las cubiertas. En tal circunstancia, el ojo evidentemente queda perdido para la visión, lo que hace que su conservación no sea muy necesaria; tampoco debe intentarse cuando el tumor no sea fácil de extirpar en totalidad respetando la fisonomía exterior del ojo. Se reconocerá que el tumor reside en el nervio óptico por ciertos signos especiales: por una ambliopía rápida no precedida de edema papilar, una protrusión directa y media del ojo. La operación consistirá en seccionar el nervio óptico por detrás del tumor, luego luxar el ojo sobre el lado, de modo que se pongan á la vista el nervio óptico y la neoplasia; efectuada la resección de la porción nerviosa enferma, se coloca el ojo de nuevo en su lugar y puede, por tanto, conservar un aspecto exterior bastante satisfactorio, á pesar de una cierta disminución ordinaria de volumen. Rohmer y Gruening han practicado con éxito esta operación; Knapp, y Lagrange sobre todo, han establecido sus reglas prácticas.

C.—Los casos en que no se debe quitar el ojo, en que cuando menos se ha de hacer todo lo posible por conservarlo, son aquellos en que se trata de una neoplasia sin carácter maligno y en que la visión es todavía bastante buena. En semejante caso, en efecto, no está indicado practicar la exenteración de la órbita; se ha de procurar quitar únicamente el tumor, y por tanto, se recurrirá á todos los medios para lograr que quede en su lugar el ojo, sobre todo si ha conservado la visión. A estos casos pertenecen los tumores fibrosos, que son muy raros, los angiomas encapsulados del fondo de la órbita, que son tumores menos excepcionales. El diagnóstico de los fibromas, como el de los angiomas, se deducirá principalmente de la lentitud de evolución del tumor; si la electrolisis resulta impotente, se decidirá la extirpación pura y simple de la neoplasia.

Cuando el tumor es superficial y se presenta accesible á la extirpación, será fácil, en general, conservar el globo. Le incumbe al cirujano, para dejar en su lugar el globo, practicar una disección más larga y minuciosa. Esta conservación del ojo se impone entonces absolutamente, y sería una falta quirúrgica descuidarla.

Si el tumor está alojado en el fondo de la órbita y no es posible extraerlo sin previa enucleación del globo, se podrá, si se quiere, por razones de visión, conservar el globo, practicar la extirpación por el método de Krönlein. Esta operación consiste en ejecutar la resección osteoplástica de la pared orbitaria externa y penetrar de lado en la órbita, merced á la abertura de este modo practicada en la pared. Verificada la extirpación del tumor, se repone en su lugar el colgajo osteoperióstico desprendido, y no resulta de esta operación deformidad alguna.

Solo se decidirá la ablación simultánea del ojo y un tumor benigno cuando la neoplasia es tan voluminosa que la enucleación sea necesaria para acabar la operación.

IV

Prótesis ocular

En el tratamiento de las enfermedades de la órbita, no podemos olvidar lo referente al uso de ojos artificiales. La prótesis ocular constituye, en efecto, un capítulo de los más importantes y de interés muy común y frecuente. El pequeño libro de Pansier, publicado recientemente acerca del asunto (1), contiene completamente desarrollados todos los documentos relativos á este punto de la práctica corriente y, no obstante, poco conocida.

Lo que es necesario saber, sobre todo, es cómo debe usarse el ojo artificial, y luego el modo para reconocer si un ojo artificial es bueno ó malo.

El ojo artificial puede ser aplicado desde la menor edad; Pansier cita el caso de un niño de diez y ocho meses que toleraba perfectamente un ojo de vidrio.

El ojo artificial ha de ser enteramente parecido á su congénere; deberá ser liso, y su contorno reproducir fielmente las sinuosidades de la abertura de la órbita operada. No amoldándose exactamente á esta abertura, los bordes de la pieza de esmalte contusionan la conjuntiva por repetidas aplicaciones en falso; resulta de ello una irritación mucosa creciente, que ocasiona un flujo mocopurulento, y el ojo artificial deja de poderse tolerar.

Ante tal estado de cosas, se suspenderá primero el uso de la pieza, hasta que se haya cambiado, durante algunos días; se modificará en segui-

(1) Pansier.—Tratado del ojo artificial, París, 1895.

da la cavidad mucosa supurante por lavados y embrocaciones con una solución de *nitrato de plata* al $^1/_2$ por 100 ó de *sulfato de cinc*.

A veces el ojo de vidrio, que primeramente era bien tolerado, resulta doloroso á causa de una granulación de la mucosa, sin que este accidente dependa de un defecto de construcción de la pieza. Se dejará, no obstante, de llevarla durante algunos días, y la mucosa vegetante se modificará vigorosamente por medio de soluciones cáusticas ó con el *termocauterio*.

Los ojos de vidrio son igualmente causa de irritación cuando, siendo demasiado usados, se han hecho rugosos y deslustrados; en tal caso se han de cambiar en seguida.

Los ojos artificiales no deben ser demasiado voluminosos; el exceso de dimensiones, destinado á darles una apariencia más agradable, es una causa frecuente de intolerancia.

Los ojos de vidrio, al menos una vez al día, deberán quitarse y limpiarse con esmero; con esta precaución podrán llevarse de noche sin inconveniente.

Cuando se está lejos del punto en que reside el oculista ó fabricante de ojos artificiales, resulta muy fácil dar las indicaciones necesarias para su fabricación, por medio de un molde de la cavidad orbitaria.

CAPITULO VII

TRATAMIENTO DEL ESTRABISMO

POR

H. PARINAUD

Antiguo jefe de la clínica oftalmológica de la Salpêtrière

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

El tratamiento eficaz del estrabismo data de la miotomía, introducida en la práctica quirúrgica por Dieffenbach (1838-1840). Por un contraste singular, es de la misma época que data también el error que ha dominado hasta hoy, en lo que concierne á la naturaleza del estrabismo concomitante. Este error es la teoría muscular que, si no nació con la miotomía, encontró cuando menos en los resultados de esta operación su más sólido apoyo.

«La causa del estrabismo, dice Mackenzie, debe buscarse en otra parte que en los músculos del ojo, ni tampoco en la retina; bebe buscarse en el cerebro y los nervios.» Luego, aludiendo á las primeras tentativas de miotomía, añade: «No debe, pues, extrañar que, cuando se les ocurrió por primera vez á algunos médicos remediar el ejercicio desordenado de una función nerviosa por la sección de uno de los músculos, esta idea fuese acogida con desconfianza y luego abandonada.»

No obstante, los éxitos de la miotomía se afirman y al mismo tiempo se afirma tambien la teoría muscular. Julio Guérin declara terminantemente que han de subordinarse las teorías del estrabismo á los resultados de la miotomía. Pero es sobre todo de Græfe quien ha defendido é impuesto la teoría muscular del estrabismo, que reside, dice, en una «desproporción de longitud de los músculos» independientemente de toda influencia de la inervación.

Con las ideas de Græfe y de Giraud-Teulon, el concepto mecánico del estrabismo concomitante se ha seguido hasta aquí, y este error fundamental es el que ha hecho tan incierto é inseguro el tratamiento de esta afección.

No se puede establecer el tratamiento racional de una afección sino conociendo su naturaleza y el modo de obrar de los medios que se le oponen. Hemos estudiado la naturaleza y la patogenia del estrabismo en diferentes publicaciones desde 1889 á 1893. Habiéndose discutido públicamente nuestras ideas con motivo de nuestra ponencia sobre el «Tratamiento del estrabismo», sin haber tenido verdaderas objeciones, consideramos que podemos utilizarlas aquí como base de este trabajo (1).

II

Bosquejo etiológico

La causa inmediata de la desviación en el estrabismo no es una anomalía muscular, es un trastorno de la inervación de convergencia. Pero sería un nuevo error no ver en el estrabismo más que un trastorno de convergencia. La afección es más compleja. Nosotros definimos el estrabismo concomitante: *Un vicio de desarrollo del aparato de visión binocular, cuyo principal síntoma es la falta de convergencia de los dos ojos sobre el objeto fijado.*

El vicio de desarrollo alcanza á la vez á la parte motora y á la parte sensitiva de este aparato.

Es necesario distinguir las causas iniciales del estrabismo de las modificaciones secundarias. Por causas iniciales entendemos aquellas que determinan la desviación; por modificaciones secundarias, aquellas que son determinadas por ella. Aunque producidas por la desviación, estas modificaciones secundarias contribuyen á mantenerla.

El estrabismo al principio no radica en el ojo, sino en el cerebro. Las diversas causas que intervienen para determinar la desviación obran modificando la inervación de convergencia. Estas causas son de dos clases: cerebrales y oculares.

Las causas cerebrales son las enfermedades nerviosas de la primera infancia, y que muchas se manifiestan por convulsiones, y los vicios hereditarios de desarrollo cerebral patentizados por una mala aptitud para

(1) Parinaud.—Tratamiento del estrabismo, *Cong. de la Soc. franç. d'ophtalmologie*, 1893.

la visión binocular. Apenas podemos obrar sobre esta clase de causas; su importancia con respecto al tratamiento es, pues, limitada.

Las causas oculares, con mucho las más importantes, son, de un modo general, todas aquellas que dificultan la visión binocular desde la infancia, esto es, antes que el aparato cerebral de visión binocular esté bien desarrollado. Si se exceptúan algunas influencias accesorias, forman dos grupos comprendiendo, por una parte, los vicios de refracción, por otra, todo lo que altera la agudez visual, sobre todo de una manera desigual en los dos ojos.

La convergencia, en estado normal, es determinada por dos factores esenciales, la acomodación y el reflejo retiniano de convergencia (facultad de fusionar las imágenes binoculares). Las causas oculares actúan sobre la convergencia por estos dos intermediarios. En virtud de las relaciones fisiológicas que unen estos tres actos de la visión binocular, la alteración de uno de ellos puede reaccionar sobre el desarrollo de los otros y sobre el aparato completo.

Los vicios de refracción actúan sobre la convergencia, principalmente por intermedio de la acomodación, pero intervienen también alterando el reflejo retiniano de convergencia cuando la refracción es desigual en los dos ojos, cuando el astigmatismo reduce la agudez visual y cuando, por efecto de la ametropía excesiva, la visión binocular es difícil ó hasta materialmente imposible. Esta doble forma de acción explica la influencia preponderante de los vicios de refracción sobre el desarrollo del estrabismo.

El papel de la acomodación es más importante en el estrabismo convergente, caracterizado por una especie de contractura de la convergencia; el del reflejo de convergencia domina en el estrabismo divergente, caracterizado por la relajación progresiva de la inervación de convergencia.

Las otras causas oculares independientes de la ametropía, como las manchas de la córnea, la ambliopía congénita, etc., obran exclusivamente disminuyendo la tendencia al fusionamiento.

Es en torno de estos tres hechos, la *convergencia,* la *acomodación,* el *reflejo de convergencia*, que se desarrolla toda la patogenia del estrabismo considerado en sus causas iniciales.

El estrabismo al principio está, pues, caracterizado por un trastorno de la inervación de convergencia. El trastorno nervioso es unas veces pasajero y otras definitivo. El estrabismo, en efecto, puede curar, ya espontáneamente, ya por el tratamiento óptico, cuando este tratamiento tiene acción sobre las causas que determinan la desviación y cuando es aplicado antes que se produzcan en el aparato visual transformaciones

definitivas. Pero, cuando el estrabismo es fijo, estas transformaciones que calificamos de modificaciones secundarias, se producen tarde ó temprano en grados variables, dependiendo de la fijeza de la desviación, de su duración y de su desarrollo más ó menos inmediato al nacimiento.

Estas modificaciones secundarias recaen sobre el aparato motor y el aparato sensitivo de visión binocular.

En el aparato motor se observa: un cambio más ó menos definitivo de las relaciones que unen la convergencia y la acomodación, como en el estrabismo divergente de los miopes, ó, al contrario, la consolidación de las relaciones normales que, por no haberse modificado adaptándose á la visión del ojo hipermétrope, mantienen la desviación después de haberla provocado, pudiendo la alteración más ó menos profunda de la inervación de convergencia llegar hasta su abolición absoluta y definitiva. Esta alteración se manifiesta por la debilitación y luego por la desaparición completa de la sinergia de convergencia del ojo desviado, que no se observa tan sólo en el estrabismo divergente, sino también en el estrabismo convergente antiguo. Estas dos clases de modificaciones pueden mantener indefinidamente la desviación sin que ella deje de presentar los caracteres de un trastorno nervioso.

No es común, sin embargo, que el estrabismo quede en estado de simple trastorno nervioso. Se producen en los tejidos que rodean el globo del ojo modificaciones de otro orden caracterizadas por la retracción de las partes fibrosas, de la cápsula de Tenon ó de sus emanaciones, por el acortamiento de ciertos músculos y el alargamiento de sus antagonistas. Estas transformaciones anatómicas se producen en virtud de una ley general, según la que, cuando un órgano afecta desde la infancia una posición viciosa, los tejidos próximos se modifican para adaptarse á esta posición.

Los fenómenos de retracción ó de alargamiento de los tejidos perioculares se traducen por la alteración del campo de visión, que permite reconocer su existencia y apreciar su extensión.

Estas modificaciones anatómicas, substituyendo su influencia á la de las causas iniciales, cambian profundamente los caracteres de la afección, sobre todo con respecto al tratamiento.

En el aparato sensitivo, las modificaciones secundarias se manifiestan por la debilitación del reflejo que las imágenes retinianas determinan en la convergencia cuando no se forman en puntos correspondientes, lo que se denomina debilitación de la tendencia al fusionamiento; por la falta de diplopia ó proyección simultánea de las dos imágenes de cada ojo; por un nuevo modo de proyección de estas imágenes, y por ciertas alteraciones del campo visual binocular.

La ambliopía del ojo desviado corresponde también á las modificaciones secundarias. Se produce cuando el estrabismo es fijo y monolateral.

Los diferentes trastornos visuales de los estrábicos no son de naturaleza psíquica; radica su causa en el vicio de desarrollo anatómico del aparato sensorial.

En resumen, cuando tengamos que tratar un estrabismo, podemos encontrarnos con seis factores patológicos que han provocado la desviación, que la mantienen ó que se oponen al restablecimiento de la visión binocular, y son:

1.° La influencia de la acomodación por exceso ó por defecto;

2.° La alteración del reflejo retiniano de convergencia ó poder de fusionar;

3.° La alteración más ó menos definitiva de la inervación de convergencia;

4.° La retracción de la aponeurosis fibrosa;

5.° Las modificaciones secundarias de los músculos;

6.° Las modificaciones del aparato sensorial.

De la combinación de estas diversas influencias es de lo que resulta la gran variedad de estrabismos y la dificultad de su tratamiento. Con estos hechos se debe estudiar cada método de tratamiento, si queremos comprender cómo obran y precisar sus indicaciones.

Las diferentes formas de tratamiento del estrabismo corresponden á dos categorías bien distintas, que constituyen el *tratamiento óptico ó funcional* y el *tratamiento quirúrgico.*

Estudiaremos cada uno de los procedimientos que se refieren á estos dos grupos. Luego, en un último capítulo, analizaremos, entre estos medios terapéuticos, aquellos que mejor convienen á las diferentes formas clínicas del estrabismo.

III

Tratamiento óptico ó funcional

El tratamiento *óptico* comprende diferentes procedimientos, que no son útiles sino facilitando, regularizando y solicitando la visión binocular. El nombre genérico que más les correspondería sería el de tratamiento *funcional.* El de tratamiento *ortopédico* ú *ortóptico* no tiene sentido bien definido; si implica una acción sobre los músculos, no hay tal.

El tratamiento óptico ó funcional no se dirige naturalmente más que á las causas iniciales del estrabismo. Ya hemos dicho que las causas oculares producen la desviación por dos intermediarios, la acomodación y el reflejo de convergencia. Las diferentes formas de tratamiento óptico obran por los mismos intermediarios. Forman, pues, dos categorías: *los que obran por intermedio de la acomodación, y los que obran por intermedio del reflejo de convergencia solicitando el fusionamiento.*

A.—PROCEDIMIENTOS QUE OBRAN POR INTERMEDIO DE LA ACOMODACIÓN

Podemos obrar sobre la acomodación y por ella sobre la convergencia de dos maneras, con los cristales y con midriáticos. Los primeros son útiles sobre todo como medio práctico de tratamiento. Nosotros denominaríamos tratamiento dióptrico el que se funda en el uso de cristales correctores de la ametropía.

1.° Estrabismo convergente de los hipermétropes.—Cómo obran los cristales convexos y la atropina en esta forma de estrabismo

A.—El papel de la hipermetropía en el desarrollo del estrabismo convergente ha sido perfectamente establecido por Donders. Si cabe hacer reservas en la interpretación del hecho, si la acción de la hipermetropía debe ser secundada por otras influencias, no es menos cierto que el *esfuerzo acomodativo* interviene siempre en la producción del estrabismo convergente, aun, según nuestra opinión, en el que no está vinculado á la hipermetropía.

La prueba de este mecanismo nos la da directamente la acción de los cristales convexos, que, disminuyendo el esfuerzo acomodativo, aminoran el grado del estrabismo en gran número de casos, y aun, en algunos sujetos, producen inmediatamente un enderezamiento completo de los ojos. La misma prueba obtenemos por la acción de la atropina que, paralizando la acomodación, puede producir el mismo resultado. El modo cómo obran los cristales esféricos y la atropina resulta así perfectamente establecido y concuerda perfectamente con la noción etiológica.

B.—*Regla que hay que seguir en el tratamiento dióptrico del estrabismo convergente.*—Tenemos la costumbre de instilar desde el primer momento *atropina*, con lo que se puede determinar más exactamente el

estado de la refracción y nos proporciona un primer dato acerca la utilidad del tratamiento óptico. Las instilaciones deberán repetirse en los dos ojos cuando menos durante unos ocho días. Acontece á veces que el estrabismo se exagera después de las primeras instilaciones. La atropinización deberá prolongarse suficientemente para suprimir por completo el esfuerzo acomodativo. Si los ojos se enderezan por la acción de la atropina, prueba que no hay retracción, y da también al médico la casi seguridad de que el tratamiento óptico será eficaz.

Los cristales prescritos han de corregir la hipermetropía total y el astigmatismo si cabe. Deberán llevarse constantemente. Cuando la acción de los cristales es lenta é insuficiente, es á veces útil hacer una sobrecorrección de 1 D. que los niños soportan muy bien.

Cuando los ojos se han enderezado bajo la acción de la atropina, se enderezan generalmente también en los primeros días del uso de los cristales, cuando el efecto de la atropina ha desaparecido ya por completo. Acontece, no obstante, á veces, que un estrabismo que ha cedido por la acción de la atropina no desaparece inmediatamente con los cristales esféricos; esto ocurre en particular cuando hay un poco de astigmatismo cuya corrección no se ha creído necesaria. La inversa se observa igualmente: algunos estrabismos en que la atropina no ha dado resultado se modifican bastante rápidamente con los cristales.

De que los cristales no consigan un resultado inmediato, no debe deducirse que serán inútiles. Aun en este caso se puede obtener una curación definitiva. Acontece á menudo que la acción de los cristales, primero insuficiente, no se manifiesta de un modo bien apreciable sino al cabo de algunos meses. El sujeto comienza á bizquear menos con los cristales, luego la desviación desaparece, continuando reproduciéndose cuando se quitan los lentes. Finalmente, el estrabismo ya no se reproduce á pesar de la supresión de los lentes. Esta curación definitiva es algunas veces muy lenta. Se manifiesta á menudo de un modo rápido en la época de crecimiento.

Para comprender la acción lenta de los cristales, es necesario tener en cuenta la evolución natural del estrabismo convergente, que tiende á disminuir con la edad y aun á curar espontáneamente, como de Wecker lo ha observado hace mucho tiempo, cuando las retracciones fibrosas no han tenido tiempo de producirse. Los cristales, aun cuando no dan resultado inmediato, favorecen esta tendencia natural á la curación.

La atropina, especialmente recomendada por Green y Boucheron, no podría substituir el empleo de los cristales, si no en un corto número de casos. El tratamiento óptico, en efecto, es generalmente largo, y no es

posible usar la atropina durante meses y aun años. Aparte de la intolerancia que puede establecerse, la supresión prolongada de la función visual para la visión aproximada no deja de tener inconvenientes. La atropina no es, pues, más que un auxiliar del tratamiento dióptrico. Tiene, no obstante, una indicación especial en todos los niños que no pueden llevar lentes. Las instilaciones hechas durante una quincena con intervalos más ó menos distantes, podrán impedir que un estrabismo periódico se transforme en estrabismo fijo. Estas mismas instilaciones practicadas en un solo ojo permitirán algunas veces transformar un estrabismo monolateral en estrabismo alternante, y prevenir de este modo el desarrollo de la ambliopía.

C.—*¿Por qué los cristales convexos y la atropina no obran en todos los casos de estrabismo convergente hipermetrópico?*—Por dos motivos. El primero consiste en que la hipermetropía no es el único factor del estrabismo convergente hasta en los hipermétropes. Cuando una mancha de la córnea ó las influencias cerebrales desempeñan el papel preponderante y la hipermetropía el secundario, no es de extrañar que se obtenga poco ó ningún resultado. Hay más aún; en los casos de esta naturaleza, la atropina, por la obnubilación que produce, exagera algunas veces la desviación.

Pero la causa más general de la insuficiencia del tratamiento dióptrico depende de que las modificaciones secundarias son demasiado avanzadas. Un agente que se dirige sólo á una causa inicial del estrabismo no puede tener acción directa sobre la alteración más ó menos definitiva de la inervación de convergencia, y con mayor razón sobre la retracción de los tejidos perioculares. Por esto los cristales son tanto más eficaces cuanto menos antiguo es el estrabismo.

2.° Estrabismo divergente de los miopes

Parece en el primer momento que, actuando sobre la acomodación por medio de los cristales cóncavos, debemos modificar tan fácilmente el estrabismo divergente de los miopes como el estrabismo convergente de los hipermétropes por medio de los cristales convexos. Pues nada de esto. Tanto como es útil el tratamiento dióptrico en el estrabismo convergente, lo es poco en el estrabismo divergente. Varias son las causas que hacen que el tratamiento dióptrico resulte poco eficaz.

La primera estriba en que las relaciones de la convergencia y de la acomodación tienen un papel menos importante en la patogenia del estrabismo divergente que en el del estrabismo convergente. La segunda, en

que el estrabismo divergente evoluciona lentamente, que es precedido por la insuficiencia de convergencia, algunas veces congénita, y que las modificaciones secundarias y la alteración de la inervación de convergencia existen ya cuando el estrabismo se caracteriza.

La tercera causa de la poca eficacia del tratamiento dióptrico en el estrabismo divergente de los miopes es también la más importante. Estriba en que no somos secundados por la evolución natural del estrabismo divergente que, á la inversa del convergente, no tiene tendencia á disminuir con el tiempo.

Acabamos de decir que las relaciones de la convergencia y de la acomodación tienen una importancia mucho menor en la producción del estrabismo divergente que en la del estrabismo convergente. Donders, que les concede un papel casi absoluto en la patogenia del estrabismo convergente hipermétrope, llega hasta recusarles completamente la influencia en la del estrabismo divergente miópico. Es cierto que, considerando estas relaciones como lo hace, esta influencia es difícilmente explicable, porque el estrabismo divergente de los miopes es la expresión de una disociación absoluta de estas relaciones. El papel de la sinergia de la convergencia y de la acomodación es, no obstante, positivo en el estrabismo divergente de los miopes. Es indudable que el poco uso que los miopes hacen de su acomodación es una de las causas de la relajación progresiva de la inervación de convergencia que caracteriza el estrabismo divergente. Es igualmente exacto que, cuando asistimos al desarrollo de la insuficiencia de convergencia acompañando al de la miopía, los cristales cóncavos son útiles. No debe temerse en los casos de esta naturaleza el practicar la corrección total que, lejos de tener una influencia nefasta sobre el desarrollo de la miopía, nos ha parecido al contrario conveniente.

B.—PROCEDIMIENTOS QUE OBRAN POR INTERMEDIO DEL REFLEJO RETINIANO DE CONVERGENCIA, SOLICITANDO EL FUSIONAMIENTO

Son de dos clases. Unos obran facilitando la visión binocular, los otros solicitando artificialmente esta misma visión binocular.

1.° Procedimientos que obran facilitando la visión binocular

Las causas oculares del estrabismo que no obran por medio de la acomodación, lo hacen por intermedio del fusionamiento. Todo obstáculo á la visión binocular existente desde la infancia, puede de este

modo resultar una causa de estrabismo. Las más comunes y ordinarias son la mala agudez de uno ó de los dos ojos y los obstáculos creados por la ametropía excesiva.

La mala agudez puede reconocer por causa una mancha de la córnea, una lesión cualquiera de los medios ó de las membranas profundas. Es necesario remediarla en la medida que sea posible.

El astigmatismo puede también ser una causa de mala agudez siéndonos más fácil remediarla. Los cristales correctores pueden, en este caso, tener un doble papel y obrar á la vez por intermedio de la acomodación y por el del fusionamiento. Desgraciadamente esta corrección sólo es posible á cierta edad, y apenas es útil sino en los estrabismos que se desarrollan después de los tres ó cuatro años.

La ametropía, que actúa sobre todo por intermedio de la acomodación, que obra también en algunos casos por intermedio del fusionamiento reduciendo la agudez visual, puede también intervenir de otra manera en la producción del estrabismo. Esta tercera manera es la imposibilidad material de ver binocularmente en los grados algo pronunciados de miopía ó de hipermetropía. En la miopía excesiva es sobre todo donde resulta este papel bien manifiesto. Cuando el *punctum remotum* de acomodación se encuentra más aproximado que el *punctum próximum* de convergencia, el individuo se encuentra en la imposibilidad absoluta de ver clara y binocularmente. Los cristales cóncavos, aparte de la acción favorable que pueden tener sobre la acomodación, están sobre todo indicados aquí para hacer retroceder el *punctum remotum* de acomodación y llevar el campo de acomodación al de la convergencia. Su empleo es indiscutiblemente muy útil cuando asistimos al desarrollo de este orden de cosas.

En la anisometropía, facilitamos la visión binocular igualando la refracción en los dos ojos. Un muchacho de catorce años se presenta por un estrabismo convergente del ojo derecho de 30°. Este ojo derecho tiene una miopía de — 8 D. El ojo izquierdo está afecto de un ligero grado de H = + 0,5. Pasado un año, el estrabismo había desaparecido completamente por la corrección de la anisometropía. Esta acción de un cristal negativo tan fuerte sobre un ojo afecto de estrabismo convergente, no puede explicarse más que por la igualación de la refracción, que ha facilitado el restablecimiento de la visión binocular.

Los prismas llevados en gafas, cuyo uso ha sido recomendado por de Græfe y Javal, obran también del mismo modo. No es por la gimnástica que imponen á los músculos que resultan de utilidad, sino facilitando la visión binocular y favoreciendo de este modo el desarrollo regular de la inervación de convergencia.

Al comienzo del estrabismo divergente miópico, los prismas de base nasal combinados con los cristales cóncavos pueden prestar algunos servicios. En el estrabismo convergente resulta igualmente útil en algunos casos asociar los cristales convexos á los prismas de base temporal. Mientras que los cristales convexos relajan la acomodación y la convergencia, los prismas tienen una acción favorable sobre el fusionamiento dislocando ó mejor dicho cambiando de sitio la imagen retiniana. Sin duda la acción desviadora de los prismas que se pueden llevar en gafas es débil comparada con los grados de estrabismo que ordinariamente hemos de combatir, pero no se puede establecer una relación matemática entre la fuerza refringente de los prismas y su acción sobre la convergencia. Lo que es cierto es que por la combinación de prismas y de cristales esféricos, se provoca fácilmente la diplopia en algunos sujetos que no la presentan por los medios comunes y corrientes.

La combinación de los cristales convexos con los prismas de base temporal, no es otra que la del estereoscopio ordinario de Brewster. El uso de tales lentes tiene, pues, alguna analogía con los ejercicios estereoscópicos de que vamos á hablar. Con todo, no deberá identificarse la acción de los lentes prismáticos que facilitan la visión binocular y los ejercicios estereoscópicos propiamente dichos, que tienen una acción especial, cual es la de solicitar el fusionamiento en condiciones especiales que no son las de la visión natural.

2.° Procedimientos que obran solicitando el fusionamiento binocular

Si se coloca un prisma en uno de los ojos de un individuo que goce de visión binocular de modo que se provoque la formación de dos imágenes de un objeto en puntos no idénticos de cada retina, se producen inmediatamente en el aparato muscular de los ojos esfuerzos que tienden á fusionar las imágenes artificialmente desunidas y á hacer cesar una diplopia molesta. Pero es casi exclusivamente sobre la inervación de convergencia que actúa la excitación retiniana. Podemos fácilmente neutralizar la diplopia producida por un prisma de arista vertical, pero muy difícilmente la causada por el mismo prisma de arista horizontal. Tenemos, pues, en esta acción de los prismas, un nuevo medio de obrar sobre la convergencia.

Se puede determinar una reacción de igual naturaleza haciendo llegar sobre cada retina por medio del estereoscopio la imagen de dos objetos parecidos cuyo fusionamiento dará la impresión de un objeto único. Pero, además, se puede obtener con el mismo instrumento una solicitación par-

ticular del fusionamiento sirviéndonos de dos imágenes de perspectiva diferente, pudiendo producir el *relieve estereoscópico*.

Supongamos ahora que en un estrábico, con ó sin operación, se desarrolla la diplopia sin que, no obstante, consiga fusionar las imágenes y gozar de la visión binocular. Se comprende muy bien que por las solicitaciones de que acabamos de hablar, por el uso del estereoscopio y también por otros medios, se pueda ayudar al enfermo y facilitar el restablecimiento de la visión binocular.

Estos diferentes ejercicios forman la base del tratamiento preconizado por Javal.

Si suponemos la visión binocular completamente perdida, se pueden admitir cuatro grados en su restablecimiento:

a) *La percepción simultánea de las imágenes de cada ojo* traduciéndose por la *diplopia*.

b) *El fusionamiento binocular*, que implica la facultad de reunir las imágenes de cada ojo en una sola.

c) *La visión binocular estereoscópica*, implicando, además del fusionamiento, la sensación de relieve.

d) *La visión binocular normal*, que no se ha de confundir con la que se obtiene artificialmente con el estereoscopio.

No es indiferente emplear tal ó cual estereoscopio para los ejercicios ó prácticas que tienen por objeto el restablecimiento de la visión binocular. Aplicado al tratamiento del estrabismo, el estereoscopio obra de dos maneras: por la solicitación al fusionamiento de las dos imágenes perspectivas diferentes de un mismo objeto, solicitación que obra sobre el cerebro; en segundo lugar, por la acción coadyuvante de los cristales convexos y de los prismas que obra sobre la convergencia y la acomodación, acción que ya hemos estudiado en el capítulo anterior.

Para sacar del estereoscopio todo el partido que puede proporcionar en el tratamiento del estrabismo, hemos imaginado el modelo siguiente (1):

La disposición general es la de un esteroscopio de origen americano difundido en el comercio, en el que las imágenes son movibles de delante atrás, á lo largo de un eje, de manera que se hace variar su separación angular.

El aparato óptico está compuesto de dos lentes de cuatro dioptrías, de forma rectangular y dos prismas de 10 grados. Lentes y prismas son movibles para ser empleados separadamente. Los prismas, deslizándose por una ranura, pueden ser suprimidos ó yuxtapuestos á las lentes, con base temporal ó nasal.

(1) Este estereoscopio ha sido construído por Pellin, sucesor de J. Duboscq.

Con esta disposición se obtiene:

1.° El estereoscopio de lentes, suprimiendo los prismas;

2.° El estereoscopio de Brewster, combinando las lentes con los prismas de base temporal;

3.° Un seudoscopio con los prismas de base nasal, suprimiendo las lentes y el tabique vertical medio.

Merced á la forma de las lentes, el campo binocular es aproximadamente de 100 grados.

He aquí cómo se debe proceder con este instrumento para el tratamiento del estrabismo:

A.—Para obtener la diplopia ó la percepción simultánea de las dos imágenes que impresionan cada ojo, se coloca, en el cuadro destinado á recibir las imágenes estereoscópicas, una tablilla con unos agujeros dispuestos á lo largo de una línea horizontal y destinados á fijar dos pequeños discos provistos en su circunferencia de una punta que será dirigida hacia arriba por uno de los discos y hacia abajo por el otro. Cuando el enfermo acuse tan sólo la percepción de un solo disco, si únicamente ve una punta al disco, es que la visión es monocular y la dirección de la punta indica el ojo que fija. Si un solo disco y dos puntas, es que hay fusión de las dos imágenes.

Supongamos que no vea más que un disco con una sola punta; se trata de obtener la percepción simultánea de los dos discos. Este resultado se logra tanto más fácilmente cuanto más se procura que la imagen de cada ojo se forme cerca de la fóvea. Aparte de la acción que los cristales tienen sobre la convergencia para facilitar el enderezamiento de los ojos, hay tres medios para obtener la dislocación de las imágenes retinianas: la separación variable de los discos sobre la tablilla, la distancia variable de la tablilla en relación con los ojos, que hace variar su distancia angular, y por último, la acción de los prismas. Los prismas deberán estar dispuestos *con base temporal para el estrabismo convergente* y *con base nasal para el estrabismo divergente.*

En la gran mayoría de casos se obtiene por estos medios la percepción de las dos imágenes.

Si no se produce, se utilizan en estos primeros ensayos dos discos de colores diferentes. Queda también el recurso de cerrar el ojo bueno durante algún tiempo.

B. — *Para obtener la fusión de las dos imágenes*, una vez producida la diplopia, se emplean los mismos discos, cuya distancia se hace variar en relación á las dos fóveas, sirviéndose de los mismos medios: separación de los discos sobre la tablilla, distancia variable de la tablilla

y acción de los prismas. Hay fusión cuando el enfermo sólo ve un disco con una punta arriba y una punta abajo.

Con los medios de que disponemos se puede obtener la *superposición* de las dos imágenes sin que haya fusionamiento propiamente dicho, esto es, que el examinador lo hace todo y el examinado nada. Este no es el fin deseado. Es necesario que, en un grado cualquiera, el fusionamiento sea realizado por el enfermo, merced á una adaptación de su aparato visual. A este fin, después de haber facilitado el fusionamiento, se le hace cada vez más difícil, siempre por los mismos medios, pero procediendo en sentido inverso, de modo que se imponga al enfermo un esfuerzo creciente.

C. — *Para obtener el relieve estereoscópico*, se utilizan numerosas figuras empleadas con este objeto. Las figuras geométricas son las mejores. La dificultad está en asegurarse bien de que existe la sensación de relieve y que es la resultante de la fusión estereoscópica. Cuando no se dispone de figuras especiales para esto, se cubre una de las figuras durante la prueba y el enfermo compara las dos sensaciones. Se le hará observar que cada imagen estereoscópica es disimétrica y que la imagen resultante ha de ser simétrica.

Nosotros hemos recomendado el empleo de dos segmentos de cilindros movibles sobre la tablilla alrededor de un eje vertical correspondiente al eje del cilindro; sobre estas superficies se disponen unos cuadrados concéntricos y simétricos, ó mejor rectángulos algo alargados transversalmente. Según que las superficies cilíndricas estén inclinadas hacia adentro ó hacia fuera, se tiene la sensación de una pirámide llena, maciza, prominente hacia delante, ó hueca deprimida hacia atrás.

Para cerciorarse de que existe realmente el relieve estereoscópico, queda aún el recurso de la seudoscopia de que vamos á hablar.

D. — *Para obtener la visión binocular normal*, parece creerse que, cuando se ha restablecido la visión estereoscópica, el enfermo goza de la visión binocular. Es un error. Se olvida que la visión estereoscópica es una visión binocular *anormal*, en la que se miran imágenes aproximadas adaptando los ojos para la visión á distancia, esto es, bizqueando hacia fuera con relación al objeto fijado. De ello resulta una visión doble de cada imagen, esto es, producción de cuatro imágenes, de las que dos son fusionadas y otras dos percibidas separadamente. Es para suprimir estas últimas que se coloca un tabique vertical en el estereoscopio. La convergencia debe ser floja en la visión estereoscópica; de ello resulta que se puede obtener sin convergencia. Esta es, por el contrario, indispensable para la visión binocular normal, y si se considera que, en los estrabismos antiguos, la convergencia está más ó menos alterada, si se tiene en cuenta

todavía que las operaciones que practicamos contra el estrabismo alteran por sí mismas la convergencia, se reconocerá que media una gran diferencia entre la visión binocular estereoscópica y la visión binocular normal. Y en efecto, algunos individuos, con todo y tener una buena visión estereoscópica, no gozan ni tendrán jamás la visión binocular.

Los ejercicios de seudoscopia son especialmente útiles para obtener el restablecimiento de la visión binocular normal. Se sabe que la seudoscopia consiste en invertir el paralaje estereoscópico de modo que se obtengan, con las imágenes ordinarias, huecos en el sitio de las partes salientes y viceversa. El seudoscopio de Wollaston, compuesto de dos prismas de reflexión total, no sirve para el fin que perseguimos. Es necesario que el efecto seudoscópico sea realizado por un esfuerzo de convergencia del enfermo; los prismas deben facilitar este esfuerzo, pero no substituirlo.

El efecto seudoscópico se obtiene muy fácilmente para los ojos normales con los prismas de 10 grados de nuestro estereoscopio. Se producen cuatro imágenes, de las que dos son fusionadas como en la visión estereoscópica, pero son *cruzadas* en vez de ser *homónimas*. En la visión seudoscópica, se mira, pues, bizqueando hacia adentro (exceso de convergencia), mientras que en la visión estereoscópica se bizquea hacia fuera (relajación de la convergencia).

Después de haber obtenido el relieve estereoscópico, se procederá, pues, á las experiencias de seudoscopia. Bastará suprimir las lentes y el tabique medio, que son movibles, y disponer los prismas con la base nasal. Se emplearán imágenes geométricas simples como un cono ó una pirámide truncada. Un cono que parece deprimido y saliente á la visión estereoscópica parece hueco y macizo á la visión seudoscópica.

El empleo del estereoscopio en el tratamiento del estrabismo es racional é indudablemente útil. No obstante, no se deberá exagerar su importancia. Los casos en que se puede prescribir solamente el estereoscopio son raros. Casi siempre estos ejercicios son únicamente un auxiliar del tratamiento óptico ó quirúrgico.

La visión binocular es susceptible de restablecerse íntegramente, cuando la desviación no es demasiado antigua, sobre todo cuando el comienzo del estrabismo se ha manifestado mucho tiempo después del nacimiento; pero á menudo se restablece por sí sola. Nosotros consideramos que el mejor ejercicio para el restablecimiento de la visión binocular normal es el que el enfermo hace normalmente con sus ojos, cuando lo hemos puesto en condiciones de ver binocularmente por medio del tratamiento dióptrico ó quirúrgico.

IV

Tratamiento quirúrgico

Se pueden aplicar al tratamiento del estrabismo cuatro clases de operaciones:

La tenotomía ó retroceso muscular;
El avanzamiento muscular;
El avanzamiento capsular ó ligaduras cápsulomusculares;
El desbridamiento ó retroceso capsular.

A. — TENOTOMÍA Ó RETROCESO MUSCULAR

La idea de remediar el estrabismo por medio de una sección muscular fué inspirada por las investigaciones anatómicas de Stromeyer (1838). A Dieffenbach corresponde el honor de haber introducido la operación en la práctica quirúrgica. A consecuencia de los trabajos de Bonnet de Lyón, de Lucien Boyer, de Julio Guérin, de Græfe, la miotomía ha sido insensiblemente substituída por la tenotomía ó retroceso de la inserción tendinosa.

1.° Técnica operatoria

Instrumentos necesarios: blefarostato, tijeras curvas de puntas finas y romas, pinza-erina y gancho de estrabismo.

La anestesia con la *cocaína* basta en la generalidad de los casos. Se recurrirá al *cloroformo*, en los niños muy jóvenes y los sujetos indóciles.

Limpieza de las pestañas y de los párpados con jabón primero, luego con una solución de *sublimado* al milésimo. Limpieza de la conjuntiva con una solución de sublimado al 4 por 1,000, ó simplemente con agua esterilizada.

Colocado el blefarostato, con la pinza-erina, se forma un pliegue horizontal de la conjuntiva á nivel de la inserción del tendón y se incinde de modo que se obtenga, á 3 ó 4 milímetros de la córnea, una abertura vertical de 5 á 6 milímetros, que descubre la inserción tendinosa. Sobre

uno de los bordes de esta incisión, se coge el tejido epiescleral con la pinza-erina, y se practica en la cápsula una pequeña abertura por la que se introduce el gancho, cuya punta viene á formar prominencia en el otro borde del tendón. Se desprende la punta del gancho, y cargado así el tendón sobre el gancho, se le desprende á pequeños tijeretazos. Hecho esto, por medio del gancho, se desbrida la cápsula de arriba abajo más ó menos completamente según el efecto que conviene obtener y según que la retracción cápsulomuscular sea más pronunciada. La sutura de la conjuntiva termina la operación. Esta sutura en los casos ordinarios comprenderá sólo la conjuntiva. Si se produce un efecto demasiado pronunciado, se puede disminuir comprendiendo en la sutura el extremo del tendón y el tejido epiescleral.

2.° ¿Cómo obra la tenotomía?

A esta pregunta muchos estarán tentados á contestar, conforme á las ideas recibidas: La tenotomía obra remediando el acortamiento del músculo por el retroceso de su inserción; es una cuestión de mecánica ocular. Pues esta interpretación es falsa casi de todo punto.

Nosotros creemos haber establecido que el estrabismo convergente ó divergente está siempre, al principio, caracterizado por un trastorno de la inervación de convergencia y que puede quedar mucho tiempo en el estado de simple trastorno nervioso. Cuando los ojos se enderezan por influencia del sueño clorofórmico, y es lo que ocurre en la gran mayoría de casos de estrabismo convergente, no podría evidentemente admitirse un acortamiento del músculo. No obstante, la tenotomía es eficaz en los casos de esta naturaleza, y es también entonces que su acción es más marcada. Pero es cierto que obra de otra suerte que quitando un obstáculo que en realidad no existe.

En estas condiciones, la tenotomía remedia un trastorno de inervación y obra debilitando el músculo cuya inserción retrocede.

Compréndese en seguida que, remediando un trastorno nervioso, la tenotomía no combate directamente la causa de la desviación, que radica en el cerebro. Es por acción indirecta que interviene, y se comprende que, en estas condiciones, sea difícil calcular exactamente el efecto operatorio. La dificultad es tanto mayor cuanto que la fuerza á que nos dirigimos no es cosa fija; tiende á disminuir ó á aumentar con el tiempo según los casos. En el estrabismo convergente, después de un período en que esta fuerza aumenta, ó cuando menos conserva su energía, hay otro en el que disminuye. Hasta puede desaparecer del todo, y el exceso de inervación de

convergencia del principio ser reemplazado por su abolición completa. En el estrabismo divergente, la acción nerviosa, que está representada por un valor negativo, por la insuficiencia de inervación de convergencia, tiende, al contrario, á aumentar indefinidamente con la edad; de aquí la evolución distinta del estrabismo convergente y divergente. Es desde luego fácil de comprender que el efecto de la operación será diferente según que se trate de una ú otra variedad de estrabismo, y según el momento en que intervengamos. Falta mucho, en efecto, para que, aun en los jóvenes, cuando el estrabismo puede todavía ser considerado como de índole exclusivamente nerviosa, una misma operación practicada por un mismo grado de desviación dé los mismos resultados. Si, por ejemplo, practicamos la operación durante el período que se puede denominar activo del estrabismo convergente, el efecto inmediato será menor que si intervenimos en el período regresivo, en el momento en que la contractura de la convergencia comienza á relajarse, secundando entonces el efecto operatorio la tendencia natural á la curación.

Pero si el resultado inmediato es ya bastante difícil de calcular, las consecuencias lejanas de la operación lo son todavía más. En efecto, á una acción nerviosa, que se modificará necesariamente con el tiempo, oponemos una acción fija, cuyos efectos se harán sentir toda la vida. Pues bien, supongamos el caso, que dista de ser raro, de un estrabismo convergente que desaparecerá espontáneamente á la edad de quince años y que podrá aun ser substituído hacia los treinta ó cuarenta años por cierto grado de divergencia, como nosotros lo hemos observado. Supongamos también que este estrabismo sea operado y curado, cuando menos en apariencia, á la edad de ocho años. Dos eventualidades pueden ocurrir: ó bien la visión binocular se restablecerá y mantendrá la curación, ó bien no se restablecerá y la operación no cambiará en nada las modificaciones de la inervación de convergencia de que acabamos de hablar. Pero al proceso natural se agregará la insuficiencia operatoria, que obrará en el mismo sentido, determinando forzosamente, á cierta edad, un estrabismo divergente secundario.

Este es el principal escollo de la tenotomía practicada en los jóvenes. El estrabismo secundario es, no obstante, una excepción cuando se opera con prudencia. Si este accidente no ocurre tan á menudo como podrían hacerlo suponer las precedentes consideraciones, es debido á dos causas: primero al restablecimiento de la visión binocular, y luego á la retracción secundaria de las partes fibrosas que modifican la evolución del estrabismo.

Sabemos, en efecto, que el estrabismo no permanece siempre en el

estado de simple trastorno de la inervación de convergencia y que la retracción de los tejidos perioculares tiende á substituir su influencia á la del trastorno nervioso. En el estrabismo así transformado, la tenotomía es aún eficaz, aunque la rectificación resulta cada vez más difícil de obtener á medida que esta retracción es más pronunciada. Su modo de obrar evidentemente ha de ser distinto.

Aquí la antigua interpretación está en parte justificada, pero solamente en parte, porque la retracción, el obstáculo mecánico, si reside en el músculo, reside también y sobre todo en las partes fibrosas, en la cápsula de Tenon. He aquí un nuevo hecho del que es necesario convencerse si se quiere operar con pleno conocimiento de causa y graduar lo mejor posible el efecto operatorio.

Nosotros admitimos la retracción del músculo como fenómeno secundario; pero ¿es posible que el músculo se retraiga sin que la retracción recaiga igualmente sobre la cápsula? No debe olvidarse que la cápsula es ante todo la *aponeurosis común de los músculos del ojo,* como la denominó Tenon. Si sólo los músculos se retrajeran por efecto de la posición viciosa del ojo, sería esto en patología un hecho único, contrario á lo que ocurre en las otras partes del cuerpo.

De Græfe, y todos después de él han reconocido que el efecto operatorio de una tenotomía es, en general, mucho más acentuado en los niños que en los adultos. Acontece aun en los estrabismos antiguos, sobre todo en aquellos que remontan á la primera infancia, que después del desprendimiento tan completo como es posible de las inserciones musculares sólo se obtiene poca cosa ó hasta ningún resultado. De Græfe supone entonces que existe una inserción anormal del músculo más allá del ecuador.

A nuestro entender estas inserciones anormales existen algunas veces; pero ¿por qué han de presentarse únicamente en los estrabismos antiguos? No pueden invocarse algunas anomalías excepcionales para explicar este hecho general que el efecto de la tenotomía es menos pronunciado cuanto más antiguo sea el estrabismo.

El efecto es más acentuado en los niños, porque es el elemento nervioso el que domina, porque no ha tenido tiempo de producirse la retracción de los tejidos. Es menos pronunciado en los estrabismos antiguos, porque esta retracción se manifiesta con la edad, porque no radica solamente en el músculo del que es siempre posible desprender completamente las inserciones, aun anormales, sino en la cápsula y en las partes de la cápsula que no siempre están á nuestro alcance.

En resumen, la tenotomía ó retroceso muscular obra de dos maneras:

1.° Debilitando el músculo del que se retrotrae la inserción. Es de

este modo que se remedia, aunque de un modo indirecto, el trastorno de inervación que constituye el estrabismo de los jóvenes.

2.° Quitando el obstáculo ocasionado por las retracciones secundarias que reside menos en el mismo músculo que en las partes fibrosas, la cápsula de Tenon y sus expansiones.

B. — AVANZAMIENTO MUSCULAR

El avanzamiento muscular fué ideado por Julio Guérin para corregir el estrabismo divergente secundario, después de una tenotomía desafortunada. Después de haber desprendido el tendón del músculo recto interno demasiado retrocedido, se favorecía su soldadura á un punto más cerca de la córnea por medio de una asa de hilo fijado por un extremo en el globo del ojo á nivel de la inserción del otro en la piel de la nariz á través de la hendidura palpebral, de modo que quedara el ojo en adducción forzada durante la cicatrización. De Græfe añadió á este procedimiento el retroceso del antagonista. Critchet (1862), fué el primero en idear la fijación del tendón en la conjuntiva pericorneal por medio de suturas. El avanzamiento muscular, reservado primero para el estrabismo secundario, obtuvo una aplicación más general para aumentar la acción del retroceso en todos los casos de estrabismo algo elevado. Se practica aun el avanzamiento solo, sin seccionar el antagonista, para los grados débiles de desviación.

Los detalles anatómicos en que nos hemos entretenido al tratar de la tenotomía por retroceso, nos permiten ser breves en lo que concierne al avanzamiento y las otras operaciones.

Se puede practicar el avanzamiento muscular de varias maneras. El siguiente procedimiento es el más sencillo.

Instrumentos necesarios: blefarostato, tijeras y gancho de estrabismo, pinzas-erinas, dos agujas montadas en un hilo bastante fuerte. Para el avanzamiento del recto interno, es útil llevar el ojo hacia fuera por medio de una pinza de fijación que se confía á un ayudante.

Colocado el blefarostato, se abre en la conjuntiva un ojal vertical que descubra la inserción del músculo. Se carga el músculo sobre un gancho, que se confía á un ayudante; se colocan acto seguido dos suturas que vayan del borde vertical de la córnea al músculo. La aguja se introduce primero cerca de la córnea, penetrando en el tejido epiescleral, de modo que se tenga un punto firme de tracción, y sale por la herida conjuntival. Se la desliza luego por debajo del tendón, que atraviesa lo propio que la

conjuntiva, que es llevada con la pinza delante de la punta. La aguja se introduce más ó menos por detrás en el músculo según el efecto que se quiera obtener. Colocado de igual modo el segundo hilo, se desprende con las tijeras la inserción tendinosa y se anudan fuertemente las dos suturas.

Se reseca el extremo del tendón, cuando las suturas han atravesado el músculo muy por atrás para obtener un fuerte avanzamiento.

Es necesario, en el avanzamiento muscular, desbridar lo menos posible la cápsula y comprender entre las ligaduras la mayor cantidad posible de tejido epiescleral y de cápsula; primero, porque se ha de obrar á la vez sobre la cápsula y el músculo, y luego porque, haciéndose la nueva inserción, no por soldadura directa del tendón á la esclerótica, sino por intermedio de la cápsula, queda así asegurada la solidez de esta nueva inserción.

El avanzamiento obra de dos maneras, sobre el músculo, del que aumenta la acción por la dislocación hacia delante de su inserción, y sobre la cápsula, provocando su retracción fibrosa.

C.—AVANZAMIENTO CAPSULAR

El avanzamiento capsular, propuesto en 1883 por de Wecker, ha sido modificado de tal suerte, que la operación pierde algo su carácter de intervención puramente capsular. En realidad, esta operación consiste en la aplicación de dos suturas, como en el avanzamiento muscular, del que difiere, sin embargo, por este punto capital, que en un caso se desprende la inserción del músculo, mientras que se la respeta en el otro.

Después de haber escindido un pliegue vertical de la conjuntiva que descubre la inserción del músculo, se aplica cada sutura haciendo penetrar la aguja en la conjuntiva á nivel del diámetro vertical de la córnea y en el tejido epiescleral. La punta sale por la abertura conjuntival. Luego, con la pinza-erina, se coge el borde del músculo y la cápsula de alrededor; la aguja penetra en el pliegue así formado comprendiendo la mayor cantidad posible de tejido capsular y el labio posterior de la herida conjuntival.

Colocada del mismo modo la segunda sutura, se anudan los hilos apretándolos fuertemente.

Estas suturas obran como suturas de Gaillard, por las bridas cicatriciales que producen. Por tanto, hemos de dejarlas bastante tiempo y no quitarlas antes del quinto día para lograr todo el efecto que pueden dar.

Estas *suturas cápsulomusculares* no son verdaderamente útiles, lo mismo que el avanzamiento muscular, sino combinándolas con el retroceso del antagonista.

D.—DESBRIDAMIENTO CAPSULAR

Nuestras investigaciones acerca el modo de obrar de las diferentes operaciones del estrabismo, nos han llevado á reconocer que, desbridando únicamente la cápsula, sin desprender la inserción del músculo, y combinando este desbridamiento con las ligaduras capsulares de que acabamos de hablar, se puede obtener un efecto muy pronunciado, hasta en los estrabismos antiguos, en que una tenotomía ordinaria no procura á menudo ninguna rectificación. Este hecho demuestra la importancia de la retracción de la cápsula y de las partes fibrosas como factor de la desviación en los estrabismos antiguos, y el papel relativamente poco importante del acortamiento del músculo.

Para el desbridamiento á nivel del recto interno, en el que estará casi siempre indicada la operación, el ojo es atraído hacia fuera por medio de una pinza confiada á un ayudante. Con una segunda pinza-erina, se coge un pliegue horizontal de la conjuntiva entre la inserción del tendón y la carúncula. La incisión de este pliegue conjuntival da una abertura vertical, que se agranda por arriba y abajo de modo que llegue á tener de 12 á 15 milímetros de longitud. Se diseca el labio interno desprendiendo las adherencias premusculares hasta la proximidad de la carúncula. Puesto al descubierto el músculo, se coge con la pinza la cápsula al ras de sus bordes, y se le abren dos ojales. En cada ojal se introduce una rama de las tijeras curvas y se practican, rasando la esclerótica, dos secciones de la cápsula, dirigidas hacia arriba y abajo y un poco hacia atrás. Cada sección ha de tener de 6 á 10 milímetros según el efecto que se pretenda.

Se aplican en seguida á nivel del músculo recto externo dos ligaduras cápsulomusculares, tal como acabamos de indicar, y después, por una sutura superficial de la conjuntiva, se cubre el desbridamiento de la cápsula.

Hemos recomendado practicar la elongación del músculo con el gancho, si se supone que su acortamiento figure como causa de la desviación.

V

Las indicaciones en el tratamiento del estrabismo

Ante las numerosas variedades clínicas del estrabismo, ¿cuál es la conducta á observar, á qué medio debemos recurrir, qué podemos esperar de los procedimientos ópticos, cuándo y cómo debe operarse?

Aquí es donde interviene el papel del clínico, papel siempre importante y que ningún precepto podría substituir. Sin querer precisar las indicaciones del tratamiento para todas las eventualidades que pueden presentarse, es, no obstante, necesario indicar la conducta que ha de seguirse en los casos que se ofrecen más generalmente á nuestra observación.

Para comprender la dificultad de formular las indicaciones terapéuticas del estrabismo, hemos de recordar las diversas causas que pueden mantener la desviación, sus combinaciones en un mismo sujeto, y las transformaciones que el tiempo imprime á la afección, que hemos estudiado con el nombre de modificaciones secundarias. En un estrabismo inicial ó en un estrabismo antiguo, nos encontramos casi siempre ante influencias muy distintas, y los dos estrabismos, aun siendo del mismo género y del mismo grado, pueden constituir, á pesar de la similitud del síntoma, dos afecciones profundamente distintas. En el primer caso, se trata de un simple trastorno nervioso, que será pasajero ó definitivo; en el segundo, la desviación es mantenida sobre todo y hasta exclusivamente por la retracción de los tejidos perioculares. Es lo que ocurre, en particular, en algunos estrabismos convergentes, en que la sinergia de convergencia es nula, lo que significa que el exceso de inervación de convergencia del principio ha sido reemplazado por la abolición completa de esta misma inervación. Semejante modificación del trastorno nervioso habrá determinado el enderezamiento espontáneo de los dos ojos y aun la producción de un estrabismo divergente, sin la retracción de los tejidos perioculares. Esta retracción es la que mantiene la desviación en los casos de esta naturaleza.

Entre estos dos tipos extremos de estrabismo, uno puramente nervioso y de localización cerebral, y el otro por retracción de los tejidos y de asiento ocular, existen todos los grados intermedios, cuyas dos clases de influencias se combinan de modo que dan lugar á las tan numerosas individualidades que se observan en la práctica, individualidades que son más manifiestas todavía en las modificaciones del aparato sensorial.

Débese añadir que el tratamiento del estrabismo convergente y el del estrabismo divergente, á pesar de ciertos puntos análogos ó comunes, son bastante distintos. Estas dos clases de estrabismo no se distinguen únicamente por el carácter objetivo del exceso de convergencia ó de divergencia; difieren también por la índole de las influencias que determinan ó mantienen la desviación. Difieren, además, por la evolución, la que se ha de tener muy en cuenta en la aplicación de nuestros medios terapéuticos. Cabe, pues, estudiar separadamente el estrabismo convergente y el divergente, tanto con respecto al tratamiento como desde el punto de vista etiológico.

A. — ESTRABISMO CONVERGENTE

No ha de operarse un estrabismo convergente hipermetrópico sin antes haber ensayado el tratamiento dióptrico para corrección de la ametropía. La indicación es tanto más firme y seria cuanto más fuerte es la hipermetropía y menos antiguo el estrabismo. Hasta cuando es insuficiente el tratamiento dióptrico, puede procurarnos útiles datos respecto de la conducta que hay que seguir en la operación y acerca el auxilio que de él podemos esperar después de la misma.

Tres eventualidades pueden ocurrir en el tratamiento por medio de los cristales.

1.° El estrabismo desaparece inmediatamente ó después de algunos días, reproduciéndose en cuanto se quitan las gafas. La curación por el solo tratamiento óptico es entonces segura, pero la duración de este tratamiento puede ser más ó menos larga. Estando el empleo de los cristales doblemente indicado por el estrabismo y por la hipermetropía, es necesario esperar. La curación definitiva, esto es, la que persiste á pesar de la supresión de los cristales, se produce algunas veces rápidamente en la época del crecimiento.

2.° El enderezamiento de los ojos por la acción de los cristales es solamente parcial. La curación es también posible por el solo tratamiento óptico, pero es incierta. En todo caso, la desviación no puede hacer más que disminuir con el tiempo. El tratamiento óptico debe continuarse cuando menos durante cinco ó seis meses, sobre todo si el individuo es joven. Si no hay tendencia á la curación, se debe operar. En los casos de esta naturaleza podemos contar con la acción de los cristales después de la operación, y si el grado del estrabismo es algo pronunciado, no se debe pedir á la operación la corrección total de la desviación.

3.° Los cristales, después de algunos meses de ensayo, no dan ningún resultado. Hay que operar.

Las instilaciones periódicas de *atropina* son el único medio que se puede emplear en la primera infancia, antes de los cuatro años, porque los niños no se hallan en condiciones de llevar gafas. De este modo podrá esperarse el momento oportuno para la operación ó el empleo de los cristales. La atropina, instilada periódicamente en un solo ojo, puede ser útil para favorecer la alternancia é impedir el desarrollo de la ambliopía.

La rectificación de los ojos es facilitada en algunos casos por la combinación con los cristales convexos de prismas de base temporal, de los que se disminuye progresivamente la fuerza.

Los ejercicios estereoscópicos ú otros, teniendo por objeto solicitar la visión binocular y el fusionamiento, son útiles para apresurar y consolidar la curación. Deberán hacerse primero con los cristales correctores, luego sin los cristales, cuando la ametropía no sea demasiado fuerte. Si la ametropía no existe ó tiene un papel secundario, los ejercicios estereoscópicos son tambien útiles, sobre todo cuando el estrabismo es reciente, cuando no ha perdido completamente el carácter periódico y que la diplopia se obtiene fácilmente. Cuando la ambliopía es pronunciada, y el ojo desviado no se endereza francamente para fijar al cubrir el ojo sano, cuando el campo visual está alterado, no tenemos nada ó poca cosa que esperar de estos ejercicios.

En el estrabismo convergente periódico, salvo raras excepciones, hay que abstenerse de intervenir quirúrgicamente. Esta variedad de estrabismo se cura casi siempre, espontáneamente ó por el tratamiento óptico.

La tenotomía por retroceso, que puede remediar las tres causas de la desviación, el trastorno nervioso, las retracciones fibrosas, el acortamiento del músculo, es la operación que, en el estrabismo convergente, encuentra las más generales indicaciones. Pero es también la que tiene los mayores inconvenientes por la perturbación que aporta á la asociación de los movimientos de los ojos, y por las consecuencias lejanas de la insuficiencia muscular operatoria.

En general, en el estrabismo convergente, ha de pedirse tanto menos á la tenotomía cuanto más joven sea el sujeto, menos antigua la afección y la retracción fibrosa menos acentuada.

Cuando en un niño los ojos se rectifican en ciertos momentos, lo que indica que no existe retracción, y el caso se observa muy frecuentemente, hemos de operar con reserva. No se debe pedir á la tenotomía sola un efecto superior á 15 ó 20°, y si la desviación rebasa 30° no ha de pedirse

tampoco la corrección total inmediata de la desviación ni á la tenotomía simple ni á la tenotomía combinada. Lo mejor, en los casos de esta naturaleza, es practicar una tenotomía simple con desbridamiento moderado de la cápsula, de modo que se obtenga una rectificación de 15 á 20°. Casi siempre el tratamiento óptico acabará la curación y la terminará de un modo rápido. Hay casos en que, sin la ayuda del tratamiento óptico, la desviación restante no tarda en desaparecer.

Cuando después de cinco ó seis meses no hay tendencia á la disminución de la desviación restante, se estará autorizado para practicar una segunda operación. Por regla general, esta segunda operación será una tenotomía practicada en el ojo fijado.

La utilidad de operar el ojo fijador en el estrabismo monolateral, cuando una segunda operación es necesaria, ha sido reconocida por de Græfe y muchos otros, llevados á esta práctica por la observación clínica, siquiera fuese contraria á la teoría del acortamiento muscular. Pero esta manera de obrar no sólo tiene la sanción de la experiencia, sí que está en perfecta conformidad con la índole del estrabismo. Examinando la cuestión de saber si el estrabismo debe ser considerado como un trastorno que radica en un ojo ó en los dos, hemos sentado en conclusión que «si en vez de confundir el estrabismo con su principal síntoma, lo consideramos en su propia naturaleza, si tenemos en cuenta el trastorno de inervación que lo produce, así como las modificaciones anatómicas del ojo que le acompañan, se puede decir que la alteración alcanza á los dos ojos» (1).

Puede acontecer, por otra parte, que después de una tenotomía en el ojo desviado, el ojo sano comience á bizquear. Este estrabismo secundario del ojo fijador, respecto del que se ha discutido mucho, tiene una explicación natural. Desaparece en general espontáneamente, y no debe preocuparnos mucho. Nosotros lo consideramos aun como una condición favorable para el restablecimiento de la visión binocular y la curación perfecta, puesto que atestigua la facultad de fijación del ojo desviado.

Cuando buscamos con una sola operación un efecto superior á 20 ó 25° es necesario combinar la tenotomía con el adelantamiento muscular, ó mejor con el adelantamiento capsular. No es que no se pueda obtener de la tenotomía sola un efecto superior á 25°, pero sería en cambio de una insuficiencia muscular demasiado pronunciada. La ventaja de la operación combinada no reside únicamente en la posibilidad de obtener un efecto más considerable, sino también de lograr un mismo efecto atenuando á la vez los inconvenientes de la insuficiencia muscular.

(1) Parinaud.—*Annales d'ocul.*, Marzo de 1892, pág. 177.

En los estrabismos antiguos, en que la ambliopía es muy pronunciada, la visión binocular irremediablemente perdida y los fenómenos de retracción muy pronunciados, no debemos guardar tantas consideraciones. Estamos autorizados para operar más ampliamente sin temer los efectos ulteriores de la insuficiencia muscular. Nuestra preocupación no debe ser de hacer demasiado, como en los sujetos jóvenes, sino de no hacer bastante. Aquí es cuando la exploración del campo de visión será útil para informarnos acerca del grado de la retracción y la manera de operar. Hay casos de estrabismo convergente antiguo en que el movimiento de abducción está limitado á 30° y aun 20°. Podemos estar seguros de que, en estas condiciones, una tenotomía común y ordinaria dará poco ó ningún resultado. Si queremos obtener un efecto suficiente, no hemos de obrar sólo sobre las inserciones musculares, directas ó indirectas, sino sobre la misma cápsula para remediar la retracción de que es asiento. Ha de desbridarse la cápsula conforme á los principios que hemos establecido, esto es, alejándose más ó menos de la córnea y practicando la sección hacia arriba y abajo en una dirección perpendicular al músculo. Si se combina la tenotomía practicada de este modo con el adelantamiento ó las ligaduras capsulares, se puede obtener una rectificación de 30 ó 40° y aun más con una sola operación, en casos en que, lo repetimos, una tenotomía común y ordinaria no hubiera dado casi ningún resultado.

¿En qué condiciones las operaciones puramente capsulares podrán reemplazar á las secciones tendinosas en el tratamiento del estrabismo?

El porvenir nos lo dirá y no quisiéramos hacer un juicio prematuro de esta cuestión. De Wecker formula ya resueltamente su opinión: «Primitivamente, dice, se quería curar el estrabismo por miotomías; se pasó en seguida á verificar tenotomías; se acabará por adelantamientos y retrocesos capsulares, después de haber reconocido que no es por las inserciones tendinosas directas que se opera la regularización de los movimientos, sino por la cápsula, en la que el globo ocular se encuentra engastado» (1).

Nosotros no somos tan radicales. Consideramos que la tenotomía bien manejada, aplicada juiciosamente, es y será durante mucho tiempo nuestro principal recurso en el tratamiento del estrabismo.

No obstante, nuestra tendencia será á restringir el número de tenotomías por retroceso ó adelantamiento, familiarizándonos con las operaciones que alcanzan sólo á la cápsula y que nos ponen al abrigo de los inconvenientes inmediatos ó lejanos de las insuficiencias musculares.

Se ha discutido mucho la cuestión de saber á qué edad conviene

(1) De Wecker. — *Archives d'opht.*, Enero de 1893, pág. 19.

operar el estrabismo convergente que, en general, se desarrolla pronto, algunas veces inmediatamente después del nacimiento. No hay, propiamente hablando, edad que sea más ni menos favorable para la operación; esto depende de los casos. La indicación general es de corregir la desviación lo más pronto posible, por un medio cualquiera, á fin de prevenir el vicio de desarrollo del aparato visual, la ambliopía, la pérdida definitiva de la visión binocular. Pero, por otra parte, existen circunstancias en que es necesario contemporizar.

No debemos perder de vista que es tanto más difícil calcular el efecto lejano de una operación cuanto más joven es el individuo; que dicha operación, aun sin conducir al estrabismo divergente secundario, puede, de por sí, comprometer la visión binocular por la perturbación que aporta á los movimientos de convergencia. Es necesario, por otra parte, considerar que los resultados obtenidos por las diferentes formas de tratamiento óptico son innegablemente superiores á los del tratamiento quirúrgico. Cabe, pues, exigirles lo más posible en la curación del estrabismo convergente, en que el tiempo es, por otra parte, uno de los factores de la curación. Ha de esperarse siempre que tengamos razones para contar con su eficacia, y especialmente en los casos en que podemos transformar un estrabismo fijo en estrabismo periódico y ejercer eficazmente la visión binocular.

En cambio, cuando el tratamiento óptico es inaplicable ó ineficaz, nuestro parecer es de operar lo más pronto posible, aun antes de la edad de dos años, con la advertencia que, cuanto más joven sea el sujeto, menos se ha de buscar una corrección total inmediata. En la primera infancia, conviene practicar una tenotomía con retroceso moderado, sin preocuparse del grado de enderezamiento y esperar un año ó dos el efecto de esta operación. Se practicará una segunda sobre el otro ojo si es necesario.

B.—ESTRABISMO DIVERGENTE

El tratamiento óptico es mucho menos eficaz en el estrabismo divergente que en el convergente. No será útil más que de buen principio, cuando la afección está en estado de estrabismo latente, y en algunos casos de estrabismo periódico.

Los cristales cóncavos están especialmente indicados cuando la insuficiencia de convergencia se desarrolla al mismo tiempo que la miopía. Obran por intermedio de la acomodación, solicitando una más fuerte convergencia.

Siendo la falta de fusionamiento el principal factor del estrabismo

divergente, se recurrirá á los procedimientos que obran sobre este factor. Desgraciadamente las causas que ocasionan la falta de fusionamiento, y por consecuencia la falta de desarrollo de la inervación ó de convergencia, son á menudo congénitas y nuestra intervención es casi siempre demasiado tardía.

Todo lo que facilita la visión binocular facilita el fusionamiento. A este fin, los cristales cóncavos están formalmente indicados en los grados fuertes de miopía, cuando el *punctum remotum* está á una distancia tal que la convergencia de los ojos, obligada á hacerse á más de 10 á 15 centímetros, es ó muy difícil ó aun materialmente imposible.

Para facilitar la visión binocular, se procurá también mejorar la agudez visual por la corrección del astigmatismo, é igualar la refracción de los dos ojos en el caso de anisometropía.

Los ejercicios estereoscópicos, que obran solicitando artificialmente el fusionamiento, encuentran también su indicación en el estrabismo divergente latente y en el estrabismo periódico.

Estos distintos medios ópticos que, lo repetimos, son poco eficaces en el estrabismo divergente cuando son empleados solos, pueden, al contrario, prestar verdaderos servicios para completar y consolidar los resultados del tratamiento quirúrgico. El vicio de desarrollo del aparato sensorial es, en general, menos pronunciado que en el estrabismo convergente, á causa de la aparición más tardía de la desviación, y de su más larga persistencia en el estado de estrabismo periódico. Resulta de ello que es más fácil de obtener el restablecimiento de la visión binocular.

El estrabismo divergente fijo, aunque sea de muy débil grado, necesita el tratamiento quirúrgico. La operación será aún necesaria en la mayor parte de casos de estrabismo periódico.

El hecho dominante que distingue el tratamiento quirúrgico del estrabismo divergente, es que, por una misma operación, el efecto es en general menor que en el estrabismo convergente. Esta diferencia se manifiesta sobre todo en la tenotomía del recto externo comparada con la del recto interno. Es tanto más singular cuanto que las retracciones fibrosas que forman el principal obstáculo al efecto operatorio en el estrabismo convergente, tienen indiscutiblemente un papel menos importante en el estrabismo divergente, en que domina siempre el elemento nervioso. Se ha de buscar, pues, en otra parte la causa de esta particularidad.

Reside sobre todo en la diferencia de evolución de las dos formas de estrabismo que estamos obligados á considerar para cada forma de tratamiento. El trastorno de inervación de convergencia, en vez de disminuir y de transformarse como en el estrabismo convergente, se agrava siempre

en el mismo sentido hasta producir la abolición completa de esta inervación. Añádase que los globos oculares, privados de este regulador de su posición, tienen tendencia á ponerse naturalmente en divergencia por razones de orden físico.

Además de esta causa general que influye en todos los procedimientos, sean los que fueren, existe otra que es especial de la tenotomía por retroceso. Si el estrabismo reside en una diferencia de fuerza de los músculos, no vemos claro el por qué la tenotomía del recto externo daría menos resultado que la del interno. Lo contrario es lo que debería acontecer, puesto que el externo es más largo, su arrollamiento sobre el globo ocular más pronunciado á causa de la oblicuidad de su dirección, sus expansiones capsulares en el borde de la órbita menos fuertes que las del interno, otras tantas circunstancias que deberían favorecer el efecto de la tenotomía por retroceso. Mas el estrabismo no es un trastorno muscular, sino de inervación de convergencia y este trastorno de inervación repercute sobre los mismos músculos en el estrabismo divergente y en el convergente. Estos músculos son los rectos internos. Si los externos son influídos por la inervación de la convergencia, no es más que en concepto de moderadores; su papel es accesorio. La causa inmediata de la desviación reside, pues, en los rectos internos para el estrabismo divergente como para el convergente. De ello resulta que, en la tenotomía del recto interno, obramos directamente sobre el músculo, que es el asiento del trastorno de inervación, mientras que en la tenotomía del externo obramos sólo indirectamente. Si agregamos que el trastorno nervioso es de naturaleza diferente en los dos casos, que las contracturas ceden más fácilmente á nuestra acción terapéutica que las parálisis, tendremos la explicación de la diferencia de efecto entre la tenotomía del recto externo y la del interno.

Estas mismas consideraciones nos inducen á concluir que, en el estrabismo divergente, el adelantamiento del músculo recto interno es más racional que el retroceso del externo, puesto que obramos directamente sobre el músculo del que es necesario aumentar la acción. Efectivamente, la experiencia clínica ha demostrado que el adelantamiento muscular encuentra su verdadera indicación y su principal utilidad en el estrabismo divergente.

Sin embargo, no conviene renunciar á la tenotomía simple de los externos en el estrabismo divergente. La operación tiene siempre la ventaja de su gran simplicidad; se tiene, por otra parte, la facultad de obrar sobre los dos ojos cuando es insuficiente una primera tenotomía, y no hemos de temer, como en la tenotomía de los internos, los efectos lejanos de la ope-

ración. Pero no se puede apenas pedir á una tenotomía simple del externo un efecto superior á 10 grados, y al practicarla no debe perderse de vista que el efecto inmediato ha de ser superior al efecto definitivo que se desea obtener. Es, por otra parte, bastante difícil de apreciar el efecto inmediato de la operación en el estrabismo divergente á causa de la movilidad del grado de desviación. Si se emplea el cloroformo, se debe saber que, contrariamente á lo que ocurre en el estrabismo convergente, la desviación divergente se exagera durante el sueño.

Cuando la desviación fija pasa de 15 á 20°, la operación de elección es, pues, el adelantamiento del músculo interno combinado con el retroceso del externo, y cuando esta desviación rebasa los 30°, será casi siempre necesario operar los dos ojos.

La indicación del adelantamiento muscular, ya formal y seria para los grados algo elevados de estrabismo divergente ordinario, lo es naturalmente más aún en el estrabismo secundario, para el que, por otra parte, la operación fué ideada. En los casos de esta naturaleza, no se tiene que luchar solamente contra el defecto de inervación de convergencia, sino también contra el retroceso efectivo y exagerado del recto interno. Como el tendón se encuentra en general muy alejado de la córnea, no nos vemos molestados por la proximidad de esta membrana, que limita la extensión de la dislocación en los casos ordinarios. También en el estrabismo secundario se pueden obtener efectos mucho más considerables. Ha de procurarse obrar intensamente sobre la cápsula si la hendidura palpebral es agrandada. Resultando este agrandamiento del desbridamiento demasiado considerable de la membrana fibrosa, tenemos de este modo un medio de remediarlo directamente.

En cuanto á las operaciones puramente capsulares, nosotros las consideramos mucho menos indicadas y menos útiles que en el estrabismo convergente.

CAPITULO VIII

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA CONJUNTIVA

POR

E. KALT

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

División de la materia

Nos servirá de guía para este estudio la antigua división de las conjuntivitis fundada en la observación clínica, y que admite los tipos siguientes: hiperemia conjuntival, catarro simple ó purulento, conjuntivitis seudomembranosa. Se trata de inflamaciones difusas que interesan todo el revestimiento epitelial y sin localización especial, cuando menos al principio. Las conjuntivitis flictenular, granulosa, folicular, primaveral aparecen, al contrario, en forma de lesiones circunscritas que podrán confluir ó complicarse más tarde con alteraciones catarrales generalizadas, pero que por esto la afección pierda su fisonomía ó carácter especial.

II

Hiperemia de la conjuntiva

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

La hiperemia conjuntival es el primer período de la inflamación. Denota irritación de la membrana sea cual fuere la naturaleza del agente irritante: infección microbiana (bacilos de Weeks, gonococos, etc.), cuer-

pos extraños, polvos, pestañas desviadas, lagrimeo, rinitis aguda. La absorción de los yoduros es una de las causas frecuentes.

El clínico ante todo ha de procurar establecer exactamente su diagnóstico: la inyección periquerática, síntoma de la irritación de los nervios ciliares (iritis, queratitis), es á menudo confundida con la hiperemia conjuntival. Se recordará que esta última es difusa y se presenta lo mismo en la superficie de los tarsos que en el globo ocular.

Frecuentemente la hiperemia conjuntival va asociada á la rubicundez del borde de los párpados. Crónica, hará pensar en los niños y en los adultos linfáticos en la infección estafilocócica, de lo que las flictenas son otra manifestación. Se observa frecuentemente en las personas que trabajan mucho tiempo con luz artificial. La rubicundez de las conjuntivas es un síntoma bien conocido del alcoholismo crónico (vino).

B.—TRATAMIENTO

El tratamiento se desprenderá evidentemente del diagnóstico de la causa. Pero en principio, han de rechazarse todos los medicamentos irritantes: *nitrato de plata*, *sulfato de cinc*, etc., sobre todo á dosis fuertes: 1 por 100 ó más. Despertarían una exageración de los fenómenos dolorosos. Los lavados con algodón hidrófilo empapado de *agua boricada* tibia, los baños tomados con una ojera con la misma solución ó con una infusión ligeramente astringente de *te*, resultan útiles. En los linfáticos, dan excelentes resultados los toques del borde de los párpados con una torunda de algodón arrollado al extremo de un pequeño tallo de madera, empapado de pomada de *bióxido amarillo de mercurio* ($0^{gr},01$ por 10 gramos de vaselina), practicados todos los días. Se evitará introducir la pomada en el fondo de saco conjuntival. Si el enfermo experimenta vivo escozor, cabe sospechar la impureza de la vaselina, con mucha frecuencia ácida y mal preparada.

En la hiperemia crónica, los cristales ligeramente azulados facilitan mucho el trabajo á la luz artificial. Se recomendarán igualmente para la exposición al sol y al viento (vidrios conchas ahumados, matiz n.° 1 ó 2).

III

Conjuntivitis catarral

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Caracterizada por la exageración de la rubicundez de la membrana, por la secreción que aglutina las pestañas en pinceles, es á menudo epidémica (epidemias familiares) y reconoce generalmente por causa un bacilo fino (bacilo de Weeks), raras veces el pneumococo. En el recién nacido, representa á menudo una infección gonocócica atenuada. En los niños de uno á quince años, se asocia frecuentemente á las erupciones flictenulares de la córnea y de la conjuntiva. Por último, puede ser ligera, determinar solo alguna tumefacción, secreción y sensaciones subjetivas ó, por el contrario, simular la conjuntivitis purulenta gonocócica. A este grado, la córnea está expuesta al peligro de las úlceras marginales (úlceras en uñada de fondo transparente) ó de los abscesos.

En los niños no es raro ver cubrirse los tarsos de falsas membranas que se pueden desprender más ó menos fácilmente. Es esta una complicación del principio y que depende comúnmente de otros microbios que no son el bacilo de Lœffler. Sólo el examen bacteriológico podrá, por otra parte, esclarecer este punto. Recordemos que la aparición de las falsas membranas, sea cual fuere su naturaleza, es una contraindicación formal del empleo de los caústicos enérgicos.

B.—TRATAMIENTO

1.° Conjuntivitis catarral ligera

Se practicarán lavados cuatro ó cinco veces al día con una solución *boricada* al 3 por 100 tibia. Instilaciones por la noche, al acostarse, de una solución débil de *nitrato de plata* ($0^{gr},10$ por 30 gramos) ó de *sulfato de cinc* ($0^{gr},05$ por 10 gramos). Si se trata de un niño, y sobre todo si aparecen flictenas, se emplearán lavados con *sublimado* á $0^{gr},20$ por litro, tres veces al día.

2.° Conjuntivitis catarral de mediana intensidad con tumefacción de los párpados y secreción molesta durante el día

Lavados cuatro ó cinco veces al día con algodón empapado de *sublimado* á 0gr,20 por litro *(sin alcohol)*. Mañana y tarde instílese una gota de *cocaina* (0gr,25 por 5 gramos ó 5 por 100), ranversar los párpados y toques con un pincel mojado en la solución de *nitrato de plata* al 1 por 100 (0gr,30 por 30 gramos de agua destilada). No neutralizar. Compresas de agua fría varias veces al día, durante media hora cada vez para calmar el escozor.

Si al cabo de cuatro ó cinco días no se observa notable mejoría, se dejará el nitrato de plata para recurrir á las grandes irrigaciones de *permanganato de potasa* al 1 por 3000, siguiendo la técnica indicada más adelante. Hacer dos irrigaciones de medio litro al día. En el intervalo de las irrigaciones, limpieza frecuente de los párpados con algodón mojado en la misma solución. Una vez hayan cedido la hinchazón y la secreción, limitarse á una irrigación durante dos ó tres días *solamente;* cesar luego y contentarnos con lavados externos *boricados*.

Si existen flictenas de la conjuntiva (niños), sólo se continuarán las irrigaciones mientras exista abundante secreción, y se substituirán lo más pronto posible por la introducción de sublimado á 0gr,20 por litro y de pomada de *óxido amarillo* entre los párpados.

3.° Conjuntivitis catarral intensa, simulando la oftalmía purulenta

Sólo la anamnesia y la investigación del gonococo pueden esclarecer este diagnóstico.

El tratamiento clásico consiste en las aplicaciones de *compresas frías* renovadas frecuentemente sobre los párpados, por sesiones de una ó dos horas, tres veces al día (no habiendo complicaciones corneales, muy raras, por otra parte, al principio), en lavados exteriores frecuentes con una solución de *ácido bórico* y en cauterizaciones bicotidianas de los párpados ranversados, con la solución de *nitrato de plata* al 2 ó 3 por 100; se neutralizará con una torunda de algodón mojada en *agua salada*. Cuando hayan disminuído la secreción y la hinchazón, bastará una sola cauterización al día con el nitrato al 1 por 100.

Este tratamiento, bastante complicado, que exige por parte del médi-

co cierta experiencia á fin de ranversar completamente los párpados, lo hemos substituído desde hace tres años con las abundantes irrigaciones de *permanganato de potasa*. Centenares de enfermos han sido tratados en el Quinze-Vingts por este método, y los resultados han sido indiscutiblemente superiores á los que proporcionaba el método de las cauterizaciones. La facilidad de manejo del embudo lavador hará que los prácticos aprecien aún más este método.

El primero y el segundo día se practicarán, pues, tres irrigaciones de medio litro con la solución al 1 por 3,000 (una buena cucharada de café de solución saturada de permanganato de potasa en agua destilada, por un litro de agua común á 25°). Es inútil cocainizar como no sea para la primera sesión. Desde el segundo día, el enfermo se encontrará aliviado, y dos irrigaciones, luego una sola, serán suficientes. En el intervalo, limpieza con solución boricada.

Desde que empleamos los abundantes lavados de permanganato, no hemos visto catarro conjuntival que resista á esta forma de tratamiento y pase al estado crónico. El nitrato de plata es de efectos mucho menos seguros.

4.° Complicaciones

A.—*Las úlceras y abscesos de la córnea* son poco frecuentes y no reclaman ninguna modificación del tratamiento antes indicado, salvo la supresión de las aplicaciones frías. De ordinario cesa la infección de la córnea y el foco se repara lentamente. Si se comprueba una progresión en profundidad, se practicarán dos toques al día con una torunda de algodón empapada de *glicerina fenicada ó yodada* (al 1 por 10), seguidos de un lavado con agua, ó se tocará ligeramente con la punta del *galvanocauterio*. (Véase oftalmía purulenta).

B.—*Falsas membranas.*—Debe proscribirse el nitrato de plata. Limitarse á las grandes irrigaciones de *permanganato* dos veces al día, solamente una vez si la secreción es escasa y las falsas membranas adherentes. La eliminación se verifica generalmente al cabo de cuatro á cinco días, y el tratamiento completo puede aplicarse desde entonces.

Si las falsas membranas se desprenden fácilmente, dejando una mucosa bien vascularizada, es la regla la curación rápida, aun cuando el examen bacteriológico haya demostrado la existencia del bacilo de Lœffler. Pero es muy importante desconfiar de los cáusticos (ácido fénico, etc.), que incitan á la infección corneal y exasperan la virulencia de los bacilos diftéricos.

IV

Conjuntivitis purulenta. Conjuntivitis ú oftalmia blenorrágica

El gonococo es su causa común ó corriente, pero no constante. En algunas epidemias se observan conjuntivitis debidas al bacilo de Weeks, consideradas como oftalmías blenorrágicas, y á la inversa, ciertas conjuntivitis realmente gonocócicas revisten algunas veces la forma de un catarro conjuntivo ligero y poco molesto.

La virulencia del agente infeccioso por una parte, la resistencia del terreno por otra, son dos factores cuya importancia *a priori* apenas nos es posible aquilatar. Si desde el punto de mira pronóstico es con mucho preferible tener que tratar un catarro purulento no blenorrágico, por lo que se refiere á la terapéutica ya no existen las diferencias. A falta de medicamentos específicos, el médico se inspirará en los datos de cada caso particular, precisando sus indicaciones.

La conjuntivitis blenorrágica se observa ordinariamente en los adultos que padecen flujo uretral ó vaginal, en las niñas de dos á doce años afectas de vulvitis, y por último, en los recién nacidos.

A.—TRATAMIENTO DE LA CONJUNTIVITIS DEL ADULTO

Se presenta algunas veces en forma de simple catarro; aun entonces las complicaciones corneales son siempre de temer. En general, el pronóstico es muy grave, sobre todo cuando la infección corneal es precoz.

Desde el primer momento, se protegerá el ojo sano para que no pueda serle transportado el pus, manteniendo sobre el ojo enfermo un ligero apósito formado por una bola de algodón hidrófilo fijada por una pequeña venda y que se cambiará muy frecuentemente. Es también prudente cubrir el ojo sano con un ancho cristal de reloj engastado en una placa de diaquilón fenestrada. Los bordes de la placa se fijan con un poco de colodion en la piel de alrededor de la órbita. Este cristal de reloj deberá cambiarse dos veces al día.

Durante los dos ó tres primeros días, la tumefacción de la conjuntiva y de los párpados es considerable y muy dolorosa. Se mantendrá permanentemente, durante este período, sobre los párpados, una vejiga ó un

saco de caucho conteniendo trocitos de *hielo*. Una capa de algodón húmedo aislará el saco de la piel de los párpados.

El tratamiento *clásico*, tal como se emplea en Francia, consiste en los toques bicotidianos de los párpados *ranversados completamente* con la solución de *nitrato de plata* al 3 por 100, que se neutraliza en seguida con *agua salada*. En el intervalo, se limpia por fuera y con frecuencia con *agua boricada*, *azul de metilo* al 1 por 1,000, etc.

Se desechará en absoluto el *lápiz mitigado* y, sobre todo, el *lápiz puro*. Igualmente se proscribirán las soluciones de *sublimado*, de *ácido fénico*, etc.

En el extranjero muchos médicos no cauterizan sino después de pasado el período agudo, cuando el flujo se ha convertido francamente en purulento, ó sea hacia el tercer día. Hasta entonces se limitan á aplicaciones de hielo.

La cauterización debe ser completa, esto es, que no se debe titubear en poner al descubierto el fondo de saco superior. Esta maniobra es á menudo en extremo dolorosa, por razón del enorme edema, y es algunas veces necesario, para verificarla, cortar con fuertes tijeras rectas la comisura externa hasta el reborde orbitario. Si es necesario, se empleará el *cloroformo*.

Las cauterizaciones se continuarán hasta la disminución muy notable de la hinchazón y de la secreción. En este momento bastará una sola al día. Cuando no queda más que un poco de flujo, nos limitaremos á las aplicaciones del nitrato al 1 por 100 hasta la curación completa.

La duración total del tratamiento es generalmente de tres semanas á un mes, cuando no sobrevienen complicaciones corneales graves.

Este es el tratamiento universalmente por todos empleado hasta hace dos años. Sólo algunos oculistas, poco satisfechos de las cauterizaciones y de la limpieza del borde de los párpados, intentaron cortar el enorme flujo de pus por medio de lavados abundantes llevados hasta los fondos de saco. Browne (de Liverpool) había recomendado las irrigaciones con una solución de *triclorofenolato de mercurio*, llevada á los fondos de saco con una cánula plana. En estos últimos años estas cánulas han sido modificadas de diferentes maneras; pero su introducción ha sido siempre muy difícil, y la repartición del líquido sobre la mucosa cubierta de pliegues y de vegetación muy problemática. Los separadores huecos, del modelo de los separadores de Desmarres, provistos de agujeros en su borde, sólo permitían una muy corta *irrigación* de la córnea.

El embudo lavador que presentamos en 1894 á la Academia de Medicina, resuelve completamente el problema del lavado prolongado y completo

de toda la superficie conjuntival. Se utilizará el modelo de vidrio para adultos, unido por un tubo de caucho al *bock* irrigador de 2 litros de cabida. Este *bock* nunca se *elevará á más de 25 centímetros por encima de la cabeza del paciente.*

El líquido que nos ha dado mejores resultados es el *permanganato de potasa*, empleado desde hace más de veinte años en el tratamiento de la blenorragia uretral y también como medio accesorio en la oftalmía purulenta (Stellwag, de Viena, 1880; Terson, 1892). Se hará preparar una solución saturada, conteniendo 7 por 100 de permanganato.

Permanganato de potasa.	20 gramos
Agua destilada.	300 »

Disuélvase.

Una buena cucharada de las de café (rebosando) por litro de agua común templada nos dará una solución al 1 por 3,000 aproximadamente, que basta para todos los usos. Se tendrá cuidado de mezclar bien el líquido en el *bock* con la cuchara. Se hará pasar en cada irrigación aproximadamente un litro y medio por el ojo (1).

Nosotros hemos tratado por el método de las abundantes irrigaciones gran número de oftalmías graves, sin recurrir á las cauterizaciones. Los resultados han sido bien superiores, con respecto á la rapidez de la curación, á aquellos que nos habían proporcionado otras veces las solas cauterizaciones. Mas en modo alguno pretendemos manifestarnos como adversarios de un método que cuenta en su activo muchos éxitos; diremos únicamente que los abundantes lavados de permanganato han hecho sus pruebas, y que, vista la extrema facilidad de su empleo, la seguridad de una completa limpieza de los fondos de saco, aun en manos poco expertas, el nuevo método se impone para todos aquellos que deban tratar una oftalmía. Con los grandes lavados, no están en manera alguna contraindicadas las cauterizaciones; pero nos parece suficiente una sola cauterización al día. Nosotros formularemos, pues, de este modo el tratamiento:

Por la mañana, á las siete, abundante irrigación.

A las diez, cauterización con el nitrato al 3 por 100.

A las cuatro de la tarde, abundante irrigación.

A las diez de la noche, otra nueva irrigación.

Si es necesario, en una oftalmía muy intensa, nosotros recomendaríamos cuatro irrigaciones: por ejemplo, á las siete de la mañana, á las dos

(1) Véase más adelante, para los detalles de la irrigación, el capítulo *Técnica de las abundantes irrigaciones.*

de la tarde, á las seis de ésta y á las diez de la noche. Pero no se debe pasar de este número so pena de provocar cefaleas en algunos sujetos. (Administrar en este caso de 2 á 3 gramos de *antipirina* y 0gr,50 de *sulfato de quinina).*

Se disminuirá progresivamente el número de las irrigaciones hasta llegar á una al día, y solo se suprimirán hasta cuando se haya agotado la secreción. Las cauterizaciones podrán suprimirse así que la secreción se haya reducido notablemente.

El tratamiento tal como lo hemos indicado se empleará en todos los casos de oftalmía francamente purulenta y desde el comienzo. Existe, no obstante una variedad de oftalmía eminentemente grave en la que deben proscribirse las cauterizaciones: aquella en que desde el principio se comprueba una infiltración lardácea de los párpados, con aspecto difteroide de los tarsos y secreción amarillenta, no purulenta. Esta forma va generalmente acompañada de destrucción rápida de las córneas. La supuración no se produce sino tardíamente. Es evidente que ni el nitrato, ni el permanganato no pueden hacer presa en los gérmenes infecciosos profundamente alojados en la mucosa. Todo lo más podrán hacerse dos lavados de permanganato al día.

En el intervalo, se instilará *zumo de limón* (cada dos horas aproximadamente), y se cubrirán los ojos con compresas *calientes* para facilitar la circulación.

B. — TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

La gran complicación es la *infección corneal,* que aparece en forma de ulceración semilunar en la proximidad del limbo ó en forma de absceso. Las úlceras cuyo fondo es *transparente* pasan ordinariamente desapercibidas al médico poco experimentado, que luego queda sorprendido al observar un día que el iris forma hernia al exterior. El absceso está constituído por una infiltración purulenta, opaca, de la córnea que conduce muy rápidamente á la perforación.

La infección de la córnea sobreviene algunas veces desde los tres ó cuatro primeros días. El pronóstico es entonces de los más graves; pero recuérdese bien que los lavados y cauterizaciones están aquí más indicados que nunca, y que agotando rápidamente la purulencia se tendrán probabilidades de contener la marcha de la úlcera.

Contra las úlceras y los abscesos, son muy limitados nuestros medios. El *yodoformo* no tiene sino una acción ilusoria. En casos de úlcera poco extensa, vale más no intervenir; si progresa, se aconsejan los toques con

la *glicerina fenicada* ó *yodada* al 1 por 10, ó el lápiz de *azul de metilo*. Por nuestra parte, preferimos los dos primeros medios, que pueden repetirse dos veces al día (á continuación se hará un pequeño lavado con agua común). Si la úlcera sigue avanzando, tóquense sus bordes con un *galvanocauterio fino* ó simplemente con una aguja de hacer media calentada á la llama de alcohol. (El termocauterio da demasiado calor).

Las mismas cauterizaciones ígneas se harán desde el principio en los focos de absceso. Se repiten todos los días hasta que se comprueba una detención manifiesta de la infección.

Si todos estos medios resultan ineficaces, no debe dudarse en *perforar* el fondo de la úlcera rascándola ligeramente con una aguja de discisión. El hundimiento de la córnea es una condición favorable para la curación. Si se produce espontáneamente una ancha perforación, vale más no tocarlo y no intentar escindir ó cauterizar el iris herniado. La extracción del cristalino, practicada en plena purulencia, expone á la panoftalmía.

Cuando amenaza una perforación, se instilará dos veces al día un colirio de *eserina* (sulfato de eserina $0^{gr},05$ por 10 gramos).

C. — OFTALMÍA DE LOS RECIÉN NACIDOS

Esta conjuntivitis es de ordinario menos grave que la del adulto; pero el pronóstico se deberá siempre reservar cuando haya desde el comienzo una infiltración grisácea de los tarsos con débil purulencia, ó bien una tumefacción considerable con secreción citrina abundante.

En los niños débiles, nacidos prematuramente, el pronóstico es, en estos casos, muy grave.

El tratamiento se inspirará en los mismos datos: cauterizaciones bicotidianas con el *nitrato* al 1 por 30, que se neutralizará, previa ranversión enérgica de los párpados; luego inyección de soluciones, *boricada* ú otra, *no irritantes*, entre los párpados, cada dos horas por ejemplo. (No emplear nunca el *sublimado)*.

A este tratamiento clásico, nosotros preferimos el tratamiento por las abundantes irrigaciones de permanganato al 1 por 3,000, absolutamente como en la oftalmía de los adultos. Se empleará un embudo lavador para *recién nacidos*. Se harán los primeros días tres irrigaciones. Al mismo tiempo, se podrá hacer *una* cauterización al día con el nitrato al 1 por 30. Así que la secreción haya disminuído notablemente, se limitará á dos irrigaciones, que no se reducirán á una sola hasta después que desaparezca toda secreción purulenta. Siendo frecuentes las recaídas, se deberá con-

tinuar lavando una vez al día hasta la curación completa. Cuando no quede más que ligera rubicundez conjuntival, se limita á lavados *bóricos*.

Cuando la oftalmía se ofrece desde el principio bajo la forma seudomembranosa con débil secreción, se evitará cuidadosamente toda cauterización. Los autores recomiendan los toques, repetidos tres veces al día, de los tarsos con *zumo de limón*. Panas prefiere la *glicerina fenicada* al 1 por 10. Por lo que á nosotros toca, nos atenemos á dos irrigaciones al día de permanganato.

De las investigaciones que hemos practicado resulta, en efecto, que esta complicación es debida únicamente al gonococo y en modo alguno á bacterias asociadas, como generalmente se cree.

Así que la secreción purulenta se acusa francamente, se volverá otra vez al tratamiento ordinario.

Las ulceraciones corneales que aparecen frecuentemente en el centro de la membrana no contraindican las irrigaciones. Pero se recordará que las irrigaciones de permanganato, como las cauterizaciones con el nitrato, no constituyen un tratamiento favorable para la úlcera. Una vez se haya agotado la secreción, se abandonará, pues, el permanganato, limitándose á tocar la úlcera una vez al día con la glicerina fenicada al 1 por 10. Si, durante el período de purulencia, la úlcera progresa rápidamente en profundidad, se deberán tocar sus bordes y anfractuosidades una ó dos veces al día con el galvanocauterio fino.

Cuando se observe que la membrana de Descemet se hernia en forma de punto brillante, será ventajoso perforarla con un ligero toque de galvanocauterio; la experiencia enseña, en efecto, que las úlceras se detienen á menudo desde que se ha producido la perforación.

El *edema corneal* es un accidente bastante frecuente en el curso de las oftalmías complicadas con úlceras. Este edema, que da á toda la córnea aspecto lechoso, es debido á la infiltración del líquido de la irrigación en el parénquima corneal. La resistencia de la membrana no parece por ello debilitada, pero se debe saber que el aclaramiento tardará de ocho días á tres ó cuatro semanas en verificarse.

Se disminuirá, pues, cuanto antes posible el número de irrigaciones y se tendrá sumo cuidado en no pasar de una presión de 25 centímetros. Es particularmente en estos casos que recomendamos el empleo de las cauterizaciones con nitrato (una al día).

El tratamiento por las abundantes irrigaciones cual lo hemos instituído en el Quinze-Vingts desde hace tres años ha permitido curar centenares de oftalmías, y los resultados han sido por lo menos tan buenos como con el empleo exclusivo de las cauterizaciones. La gran facilidad de

ejecución de estas irrigaciones permite á todo médico, á falta de oculista, tratar eficazmente una enfermedad que causa cada año algunos centenares de víctimas en Francia. Pero en modo alguno ha de creerse que el médico llegue á pensar que basta hacer algunos lavados y se curará así la oftalmía. La desilusión podría ser terrible. Nosotros á todo médico inexperto le diríamos, pues: Si estáis obligado á encargaros del tratamiento de una oftalmía purulenta, seguid puntualmente las prescripciones antedichas.

Haced personalmente los primeros lavados y aprended á hacerlos bien, lo que no es difícil. Procurad luego encontrar un auxiliar inteligente y cuidadoso, á quien los haréis repetir varias veces en presencia vuestra, y seguid con vuestra observación el tratamiento. Si optáis por el tratamiento clásico, las solas cauterizaciones, recordad bien: 1.° que el empleo del lápiz es perjudicial para la córnea; 2.° que los párpados deben estar completamente ranversados, *cosa difícil*, y que las simples instilaciones no son más que un engaño.

D.—PROFILAXIA DE LA OFTALMÍA DE LOS RECIÉN NACIDOS

A toda mujer con flujo vaginal durante su embarazo, se tendrá cuidado de prescribirle, en los últimos quince días, dos inyecciones al día de una solución fuerte de *permanganato* (una cucharada de las de sopa de la solución de 30 gramos por 600, por litro de agua). Antes de la expulsión de la cabeza se hará personalmente una buena inyección.

Una vez nacido el niño, antes de cortar el cordón, se pasará rápidamente sobre los párpados una torunda empapada de permanganato; la solución deberá penetrar entre los párpados. Se limpiará el borde de los mismos con la torunda pasada muy suavemente. Repítase la operación doce horas después. No se limpie la cara del niño con la esponja mojada en el agua del baño. Sujétense los miembros superiores del niño con los pañales durante los primeros días á fin de impedir la contaminación por las manos.

En vez del permanganato, se podrá, después de la limpieza de los párpados con algodón mojado, instilar *nitrato* al 1 por 150 (Budin), *zumo de limón* puro (Pinard).

Una irritación conjuntival ligera que aparece al día siguiente hará pensar en una acción química; pero si sobreviene secreción, no cabe dudar; practíquese en seguida una gran irrigación de permanganato, que se repetirá si conviene. El ideal es evidentemente detener la oftalmía desde su comienzo.

V

Conjuntivitis seudomembranosa

Hemos hablado ya de las falsas membranas que aparecen algunas veces en el curso de la oftalmía purulenta y obscurecen su pronóstico. Aunque debidas generalmente al gonococo solo, nada permite diferenciarlas por el solo aspecto de las membranas de la infección diftérica.

Con respecto á la terapéutica, lo único que nos atañe, el tratamiento local de las conjuntivitis con falsas membranas es el mismo: abstención de hielo y de cauterizaciones. Instilaciones de *zumo de limón* ó irrigaciones ligeras (medio litro) con la solución de *permanganato*.

Hasta si el sujeto está claramente afecto de difteria, este tratamiento puede bastar; con todo, será prudente en este caso recurrir en seguida á la inyección de 10 centímetros cúbicos de *suero* repetida una vez el primer día y otra el siguiente. Pero, en general, la difteria ocular con falsas membranas superficiales desprendibles, es poco grave para el órgano y cura bien.

No ocurre lo mismo con la infiltración diftérica profunda, que transforma párpados y conjuntiva en una capa ó película lardácea. Aquí el único recurso es el suero, y se ha de inyectar una vez establecido el diagnóstico. Un retardo de algunas horas puede bastar para ocasionar la necrosis de la córnea.

En la difteria, diremos, pues: Inyéctese siempre el suero. Si las falsas membranas son debidas al estreptococo, cosa rara, nos limitaremos á las irrigaciones bicotidianas. Los toques con *glicerina fenicada*, el *suero antiestreptócocico* (de Marmorek) son de poca utilidad.

VI

Conjuntivitis flictenular

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

De igual suerte que la piel de la cara en la proximidad de la boca, de las alas de la nariz, etc., la conjuntiva se deja invadir por las erupciones impetiginosas. El impétigo de la conjuntiva está representado por la

flictena, y radica casi invariablemente en la conjuntiva bulbar, en las proximidades de la córnea. Todo el mundo sabe reconocer las pústulas aisladas ó agrupadas; pero el diagnóstico de las flictenas *miliares* del *limbo* esclerocorneal es á menudo difícil y delicado; error grave, ya que tratando esta llamada conjuntivitis simple por los astringentes y los cáusticos, se aumenta el mal. Las flictenas miliares se presentan en forma de granos de arena brillantes rodeando la córnea de un fino collar, y van acompañadas de inyección pericorneal superficial y de fotofobia. Esta forma es muy frecuente en los niños.

Las flictenas conjuntivales van á menudo acompañadas de blefaritis con costras amarillas ó morenas y fisura de la comisura externa, que hace muy dolorosa la separación de los párpados. A menudo se encuentran costras en la entrada de las ventanas nasales, cuyo orificio es irritado por un flujo purulento de origen nasal. Por último, las mismas pústulas podrán radicar en la córnea y dejar úlceras seguidas de manchas indelebles. En ello está el gran peligro del impétigo ocular. Se puede decir sin exagerar que el impétigo es para el ojo, como gravedad y como frecuencia, lo que la tuberculosis para el pulmón. Los destrozos del primero no son menores que las destrucciones de la segunda, y cada año miles de niños se quedan medio ciegos, porque se ha descuidado ó desdeñado de cuidar esa pequeña enfermedad tan insignificante como es el *humor!* Muchos médicos se limitan todavía á prescribir lavados boricados ó compresas cuando la ulceración amenaza empañar para siempre la córnea. Es necesario, pues, saber que el humor del ojo es una afección que se ha de tratar enérgicamente y que se *debe curar siempre* cuando se es llamado á tiempo.

B. — TRATAMIENTO

No estamos afortunadamente ya en la época de los antiguos vejigatorios, de los depurativos de toda clase. Realmente el impétigo afecta con preferencia á los débiles, á los linfáticos (¡y aun no siempre!). Cabrá, pues, ocuparse de la higiene de los niños, cuidar de su alimentación. Se les hará salir al aire libre *todos los días*. Se les enviará primero á orillas del mar, haciéndoles tomar *baños salados* sin temer para nada la acción nefasta del sol, del viento, etc., puesto que simples lentes ahumados (vidrios cóncavos, matiz n.° 2) ó el vendaje oclusivo los protegerán suficientemente. Están indicados el *aceite de hígado de bacalao* y el *arsénico*, pero son *impotentes* para curar la lesión ocular.

Para curar el impétigo ocular disponemos de un medicamento tan

maravilloso como secular: el *óxido de mercurio;* con las sales mercuriales en solución acuosa constituye la base del tratamiento. Rechazaremos, pues, en absoluto todos los llamados antisépticos oculares cual los *ácidos fénico, bórico*, el *naftol*, etc., y nos atendremos á la sal mercurial que se encuentra en todas partes, que es (¡cosa curiosa!) admirablemente tolerada por las conjuntivas de niños de mediana edad: el *sublimado*, en solución de 0gr,20 por litro de agua destilada, *sin adición de alcohol* (que es inútil y perjudicial). Se coloreará con un poco de azul de metileno.

El *cianuro de mercurio* al 1 por 3000 es igualmente recomendable, pero no se le encuentra en todas partes.

El *óxido de mercurio* empleado será de preferencia el óxido *amarillo* obtenido por vía húmeda. Mezclado con vaselina ó manteca, formará pomadas al 1 por 100 y 1 por 30 (1).

Estas pomadas se llevarán entre los párpados por medio de un pequeño pincel (¡á menudo sucio!), de una varilla de vidrio, ó mejor de una varita de madera provista en su extremo de un pequeño capuchón de algodón hidrófilo. Se tira después de cada cura.

He aquí los diferentes tipos de conjuntivitis flictenular y el modo de tratarlos:

1.° *Flictenas simples de la conjuntiva bulbar* sin secreción conjuntival. — Introducir en el ojo por la mañana y por la noche un poco de pomada de *óxido amarillo de hidrargirio* (0gr,10 por 10 gramos de vaselina *neutra).*

2.° *Blefaritis impetiginosa con flictenas conjuntivales y secreción catarral ligera.* — Lavados dos veces al día del borde de los párpados con algodón hidrófilo empapado de solución de *sublimado* á 0gr,20 por litro entibiada al baño de maría. Despréndanse todas las costras. El sublimado deberá penetrar entre los párpados. Séquese con algodón seco y tóquense los párpados con la pomada amarilla al 1 por 100 que se hará penetrar igualmente entre los párpados.

Lentes cóncavos ahumados, matiz n.° 2, para salir al aire libre, para el viento.

3.° *Flictenas conjuntivales y corneales (queratitis pustulosa) con fotofobia, blefarospasmo.* — Iguales lavados é introducción de pomada que para las anteriores; pero abrir á la fuerza los párpados con un separador externo ó un elevador de Desmarres. Se acostará al niño sobre las rodillas de un ayudante; la cabeza se fijará fuertemente entre las rodillas

(1) Las vaselinas del comercio, purificadas con ácido sulfúrico, son muy á menudo *ácidas* y muy irritantes. Si no se está seguro de su origen, prescríbase la manteca fresca. Una pomada al 1 por 100 no debe nunca producir escozor.

del médico. Este separará los párpados con el instrumento (y no con los dedos si el blefarospasmo es intenso), evitando apretar sobre el globo y tocar la córnea. Solución de *sublimado* en los fondos de saco, llenándolos luego de pomada amarilla. Si sólo hay lesiones corneales *superficiales*, retírese el separador y aplíquese un vendaje oclusivo de gasa simple (sin salol ni yodoformo). Este vendaje se cambiará dos veces al día y se quitará cuando desaparezca la fotofobia. Si hay un blefarospasmo intenso con lesiones corneales mínimas, déjese aplicado el separador durante algunos minutos. Instílese una gota de colirio de *sulfato de atropina* á $0^{gr},05$ por 10 gramos.

Cuando haya placas impetiginosas ulceradas de los párpados, se reemplazará la cura seca por un apósito humedecido con *agua boricada*. (El sublimado sólo debe emplearse en lavados). Las úlceras se espolvorearán con *yodoformo*. La gasa y el algodón mojado se recubrirán con tafetán engomado sujetándolo todo con un pequeño vendaje.

4.° *Conjuntivitis flictenular con queratitis pustulosa y ulceración profunda de la córnea.*— El tratamiento es el mismo, pero se deberá cuidar de la úlcera. Si no amenaza perforación y el iris está hiperemiado (más obscuro), instilar una ó dos veces solamente dos gotas de colirio de *atropina* ($0^{gr},05$ por 10 gramos). Tocar la úlcera con *glicerina fenicada* al décimo ó mejor con el *galvanocauterio*. Si es de temer la perforación, si el fondo de la úlcera se ha hecho transparente, no instilar más que *eserina* (sulfato de eserina $0^{gr},05$ por 10 gramos) y raspar la membrana de Descemet con una aguja de discisión de modo que se provoque la perforación (véase *Queratitis*).

5.° *Conjuntivitis flictenular con secreción catarral fuerte (falsa oftalmía purulenta).* — Hacer dos irrigaciones al día de *permanganato* durante dos ó tres días *solamente;* luego limitarse únicamente á los lavados de *sublimado* (párpados ranversados) tres ó cuatro veces al día con introducción de *pomada amarilla*.

Como se ve, las indicaciones del tratamiento son claras y los medios muy sencillos. Lo más difícil es imponerse á niños indóciles cuyos gritos conmueven á las familias; pero se recordará que el tratamiento debe ser aplicado de un modo inexorable, so pena de ver sobrevenir manchas indelebles.

VII

Conjuntivitis granulosa

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Recordemos primero que las numerosas investigaciones practicadas con el fin de descubrir el agente infeccioso de la granulación han sido infructuosas. Pero la observación clínica permite afirmar con seguridad que este agente existe y que invade los tejidos en la propia forma que el bacilo de la tuberculosis. La granulación *joven* del tracoma se parece mucho á la granulación tuberculosa, tanto clínica como histológicamente. El agente virulento se *siembra* en la mucosa, determinando pequeños focos aislados, cuyo destino ulterior es la esclerosis atrófica. Por su parte, la mucosa traduce la irritación que recibe de los focos granulosos por una reacción inflamatoria. Su tejido conjuntivo, su epitelio pululan, y de aquí la producción de neoformaciones embrionarias, de *vegetaciones* de volumen variable, que van acompañadas de un estado catarral crónico con brotes agudos intermitentes.

B. — TRATAMIENTO

Según la edad, según la intensidad de la afección conjuntival, deberemos, pues, considerar, con respecto á la terapéutica, la erupción granulosa en una mucosa normal, y luego la conjuntivitis granulosa antigua con alteraciones secundarias del estroma conjuntivo.

1.º Erupción granulosa

No es raro asistir al comienzo de una conjuntivitis granulosa, en particular en personas que viven en contacto con granulosos antiguos. Las granulaciones grises, discretas, están sembradas en la superficie del tarso del párpado superior, cuya mucosa enrojecida está ligeramente engrosada.

En este grado, se presenta naturalmente la indicación de destruir el mal en su comienzo, destruyendo los focos infecciosos. Tendremos como medios de acción:

A.—El *raspado* con una fina cucharilla cortante de cada granulación aislada. Previa *cocainización* (solución de cocaína al 5 por 100 ó sea 0gr,50 por 10 gramos), el párpado superior se invertirá y mantendrá fuertemente entre el pulgar y el índice. Una punción con un bisturí fino precederá á la acción de la cucharilla.

B.—La *expresión*, á la manera de un comedón, que se hace, bien con los dedos, bien con una pinza especial (pinza de Knapp), que recuerda la calandria de las lavanderas. Este procedimiento es poco empleado.

C.—La *destrucción* con una fina punta de *galvanocauterio* ó con una *aguja de p'atino* unida al polo negativo de una pila (intensidad de 5 á 10 miliamperios).

Por nuestra parte, recomendaremos, bien el raspado, bien la punción con la punta del galvanocauterio.

Se termina con un lavado de *sublimado* á 0gr,20 por litro de agua y se aplica un ligero apósito. Un brote catarral ligero es, ordinariamente, la consecuencia de esta pequeña operación: lavado bicotidiano de sublimado. Generalmente son necesarias varias intervenciones.

2.º Conjuntivitis granulosa que data de algunos meses. Granulaciones mixtas

Aquí la conjuntiva tiene el aspecto de una felpa gruesa sembrada de grandes papilas rojas. Las granulaciones grises son raras, embutidas en la mucosa, á menudo difíciles de encontrar. El diagnóstico, á falta de ellas, se hará sobre todo por el aspecto especial de *dientes de sierra* del borde superior del tarso.

Pero la confusión con una conjuntivitis crónica es á menudo difícil de evitar, lo cual, por lo que toca al tratamiento, es de poca importancia.

La secreción catarral es bastante marcada, y por la mañana al levantarse, los párpados están aglutinados. Esta secreción puede en un momento dado hacerse más abundante, hasta simular una oftalmía purulenta. En Egipto, en Argelia, la infección granulosa comienza muy á menudo por una fase purulenta con presencia de gonococos. Se trata verdaderamente de un transporte de virus por las moscas, que se posan á legiones sobre los párpados de los muchos granulosos de estas regiones.

Las granulaciones mixtas, esto es, con reacción del tejido conjuntivo de la mucosa, no se prestan evidentemente á las destrucciones localizadas. La terapéutica, á falta de un agente específico, debe limitarse á buscar la transformación cicatricial rápida de la superficie enferma. Igual que para las tuberculosis cutáneas, el lupus, se recurrirá á los cáusticos, á las escarificaciones variadas.

Toda esta parte de la terapéutica ocular apenas si ha hecho ningún progreso en el período moderno. Hipócrates raspaba el tejido granuloso con una madeja de lana en bruto, luego cauterizaba con el hierro al rojo ó aplicaba un ungüento á base de cobre. Los alejandrinos raspaban con el reverso de una hoja de higuera. Severus hace masaje con el dedo untado con un ungüento cúprico. Los árabes emplean la cucharilla cortante. En el siglo XVIII, Woolhouse vuelve al raspado, que practicaba con un cepillo de espigas de trigo. Los cirujanos del tiempo del primer Imperio escindían con las tijeras las granulaciones voluminosas.

En 1850, Borelli vuelve al cepillado. Por último, la escisión de los fondos de saco se practicaba hace setenta años tal como la recomiendan aún actualmente muchos oftalmólogos. Esta rápida reseña, que hemos tomado del Tratado de Panas, nos lleva á la enumeración de los procedimientos actuales, que no difieren de los antiguos sino por ligeras modificaciones.

Hasta 1885, el tratamiento casi uniforme de las granulaciones crónicas consistía en los toques repetidos, dos ó tres veces á la semana, con el lápiz de *sulfato de cobre* puro ó atenuado (dos partes de nitrato de potasa por una de sulfato de cobre), ó aun con la solución de sulfato de cobre al 1 por 10 en la glicerina. Habiendo demostrado las investigaciones de Sattler, Leber, etc., la presencia de microbios en el tejido granuloso, se tuvo naturalmente la idea de destruirlos con un antiséptico potente. El *sublimado* en solución concentrada estaba del todo indicado, en detrimento del antiguo sulfato de cobre. Para hacerlo penetrar se volvió al brochado, á las escarificaciones. Guaita, Sattler, en el extranjero; Abadie y Darier, en Francia, se hicieron entusiastas defensores del método mixto, y se pudo creer, por último, haber descubierto en el sublimado el específico de la granulación. Ha sido necesario rectificarse, y actualmente, después de haber escarificado y cepillado á centenares de enfermos, yo diré, con Trousseau, que los resultados del cepillado son bastante aleatorios, y que en muchos casos se debe volver á las antiguas cauterizaciones. Añadiré aún que he visto al cepillado enérgico con la solución de sublimado provocar una reacción inflamatoria violenta de la conjuntiva seguida de úlceras corneales de marcha destructiva. La conclusión á deducir de esta rápida reseña es que se debe cuidar á los granulosos teniendo en cuenta las indicaciones proporcionadas por cada caso aisladamente. No existe un tratamiento uniforme de la oftalmía granulosa.

Veamos ahora algunos tipos de enfermos.

A.—*Conjuntivitis granulosa antigua de algunos meses.—Conjuntiva engrosada; borde tarsal en dientes de sierra.—Falta de granulaciones visibles.—Córnea intacta.—Párpados no deformados.—Muy*

poca secreción.—Empléese primero el tratamiento mecánico. Cúbrase el dedo con una compresa algo áspera mojada en una solución de *sublimado* al 1 por 1000, y, previa ranversión de los párpados y *cocainización*, frotar enérgicamente hasta hacer sangrar la mucosa. Para invertir los párpados, puede utilizarse una pinza especial ó simplemente una pinza de pestañas mantenida horizontalmente. El párpado se coge y arrolla en torno de la pinza.

Se invertirán los párpados en los días sucesivos para asegurarse de que no se produzcan bridas cicatriciales en el fondo de saco, complicación excepcional, por otra parte, y que no suele acontecer sino después del cepillado.

Si la reacción es mínima, se podrá repetir la operación al cabo de algunos días.

Podrá obtenerse un efecto más considerable con un cepillo de dientes rudo, desinfectado previamente por inmersión prolongada en el alcohol y el sublimado al 1 por 1000.

El *cloroformo* es aquí á menudo indispensable. La reacción es con frecuencia violenta y origina un catarro complicado algunas veces con falsas membranas. Por ello en vez del sublimado prefiero la solución de *permanganato de potasa* al 1 por 300.

Se cuidará de que no se produzcan adherencias fibrosas en el fondo de saco superior.

Estas frotaciones y cepillados tienen por objeto hacer desaparecer bastante rápidamente las vegetaciones blandas de la mucosa. Así, al cabo de algún tiempo, cuando no se ha obtenido la curación, se encuentra un tarso duro, rasposo, cubierto de nudosidades fibrosas, vegetantes. Esta forma de granulaciones aparece, por otra parte, de buen principio en algunos enfermos.

Aquí la frotación, el cepillado, no encuentran aplicación, y se ha de recurrir á las *escarificaciones cuadriculadas* hechas con la punta de un fino bisturí.

Cuando se habrá tratado así al enfermo durante algunos meses, se comprobará, generalmente, que la repululación granulosa tiene tendencia á hacerse por zonas. Las cauterizaciones de *sulfato de cobre* puro ó atenuado, una ó dos veces á la semana, precedidas de una cocainización y seguidas de un lavado de los tarsos con agua común, darán buenos resultados.

He supuesto en este caso comenzar el tratamiento por las frotaciones y cepillados. Este método, que ataca vigorosamente los tejidos blandos, da efectivamente resultados más rápidos que las solas caute-

rizaciones con el cobre. Si con todo, el engrosamiento conjuntival es poco marcado, podremos limitarnos á este último medio. En Francia, muchos granulosos corresponden á esta categoría.

B.—*Conjuntivitis granulosa antigua de algunos meses.—Engrosamiento considerable de lo mucosa.—Secreción marcada.—Pannus corneal alto con úlceras superficiales.*—Sería en absoluto imprudente comenzar por un cepillado con el sublimado. Nos expondríamos á espolear las úlceras corneales. Comenzaremos, pues, por tratar el catarro conjuntival con los medios ordinarios (cauterización con el *nitrato* al 1 por 100 ó mejor dos lavados de *permanganato* al día). Cuando la hinchazón y la secreción hayan disminuído, se *tanteará* la conjuntiva con algunas cauterizaciones *cúpricas* para llegar, por último, á la frotación y al cepillado. El permanganato al 1 por 500 substituirá ventajosamente, cuando menos al principio, al sublimado al 1 por 1000 ó 1 por 500. Lo importante es evitar una reacción demasiado viva. Se incluirá luego en el primer caso que hemos examinado.

C.—*Oftalmía granulosa antigua con deformación fibrosa del tarso.—Pannus y úlceras corneales.*—La primera indicación es enderezar el borde libre del párpado é impedir un frote exagerado del tarso contra el globo.

Una operación de entropión y triquiasis combinada con la ampliación de la hendidura palpebral (cantoplastia) está indicada. Las granulaciones *jóvenes* se tratarán con el cobre ó con el cepillado, según los casos; las granulaciones duras se escarificarán ó tocarán con el galvanocauterio. La oclusión del ojo calmará el proceso ulcerativo de la córnea; luego se introducirá pomada amarilla del 1 por 100 al 1 por 30 entre los párpados. Observemos aquí que el pannus puede subsistir solo, después de la curación de las granulaciones. Es ordinariamente indicio de un temperamento linfático, y la acción de la pomada amarilla es aquí la misma que en la oftalmía flictenular. Si el pannus resiste á la *pomada amarilla*, se hará una peritomía con las tijeras ó una línea de fuego con el termocauterio á 2 milímetros aproximadamente de distancia de la córnea.

En caso de pannus *total*, no cediendo á ninguno de estos medios, se podrá provocar una oftalmía purulenta, bien por la *inoculación blenorrágica*, bien—y este medio es menos peligroso—por toques en la mucosa de una maceración acuosa en frío, durante veinticuatro horas, de semillas de *jequiriti* frescas machacadas (5 por 100). Si la córnea no está por completo vascularizada, estos medios expondrían á una infección grave con destrucción de la membrana.

3.° Recaídas

En la oftalmía granulosa inveterada, las recaídas son extremadamente frecuentes. Los enfermos deberán ser observados á menudo. Cuando la recaída va acompañada desde el principio de un brote catarral, he obtenido excelentes resultados de las irrigaciones practicadas por espacio de meses con la solución de permanganato. (Véase técnica de las grandes irrigaciones). He visto enfermos tratados durante años por los cepillados y el cobre, con las córneas cubiertas de úlceras, curar completamente con aclaración de las córneas por medio de estas solas irrigaciones (1).

VIII

Conjuntivitis folicular

Los folículos se parecen hasta poder confundirse con granulaciones jóvenes; pero su asiento exclusivo es sobre el tarso y en el fondo de saco inferior. Su evolución es lenta, sin conducir á la retracción cicatricial. Esta conjuntivitis es muy común en los niños, en los colegios, etc.

Los folículos son molestos sobre todo por la reacción catarral que provocan. Cuando falta esta reacción, no hay síntomas penosos, y mejor es limitarse á la expectación, pues la afección tiende naturalmente á la curación.

Se tratarán los brotes de catarro por los medios habituales, de preferencia con los lavados de *sublimado*. El masaje directo de los folículos con el dedo recubierto de un lienzo untado con *pomada amarilla*, da bastante buenos resultados.

IX

Conjuntivitis primaveral

Contra esta hipertrofia de la conjuntiva del limbo con engrosamiento amarillento, nuestros medios terapéuticos son bien limitados. Recordemos primero que la afección es, generalmente, poco molesta; los niños aquejan

(1) Kalt. — *Archives d'ophtalmol.*, 1896.

tan sólo un ligero picor, por la noche, con la luz artificial; el catarro es poco frecuente.

En los grados ligeros, algunos lavados tibios *boricados* bastarán. Si sobreviene catarro, se aplicará nada más que un colirio ligero de *sulfato de cinc* ($0^{gr},05$ por 10 gramos) ó se introducirá, por la noche, una *pomada de óxido amarillo de mercurio* (1 por 100).

X

Xerosis

La desecación de la conjuntiva sobreviene habitualmente como consecuencia de los tracomas antiguos.

Para reducir la superficie expuesta á la evaporación, lo mejor es hacer una *blefarorrafia;* está indicada la introducción frecuente de manteca ó de vaselina neutra.

XI

Ulceras de la conjuntiva

Estos son accidentes raros y que dependen habitualmente de la tuberculosis. La úlcera tuberculosa radica de ordinario en el fondo de saco inferior; en su proximidad se encuentran focos más pequeños, indicio de la diseminación del bacilo.

El tratamiento consiste en el *raspado* y los toques con el *termocauterio*. Cura con el polvo de *yodoformo*.

XII

Tumores de la conjuntiva

A. — PINGUÉCULA

La pinguécula es un pequeño tumor amarillento radicando en las proximidades de la córnea, en el campo de la hendidura palpebral. Constituído por tejido conjuntivo, careciendo de vasos, este pequeño tumor *permane-*

ce silencioso sobre el fondo rojo de la conjuntiva hiperemiada accidentalmente, y de aquí una confusión frecuente con las flictenas.

La pinguécula no puede desaparecer sino por la *ablación*, y esta operación deberá hacerse siempre que el tumor se aproxime mucho á la córnea, puesto que se forma entonces un *pterigión*.

B. — PTERIGIÓN

El pterigión, que radica siempre en el campo de la hendidura palpebral y que no debe confundirse con los pterigoides producidos por las úlceras marginales ó las quemaduras, debe quitarse lo más pronto posible. En el punto de implantación en la córnea, queda, en efecto, siempre una mancha indeleble.

El procedimiento consiste en desprender la *cabeza* del pterigión con tijeras y una pinza é injertarlo por arriba ó por abajo en una incisión hecha en la conjuntiva. Los bordes de la herida determinada por la ablación del tumor son aproximados por una sutura con seda. Sobre el punto de implantación de la cabeza en la córnea se pasa la punta del *galvanocauterio*.

C. — TUMORES DIVERSOS

Los dermoides, quistes serosos de los fondos de saco, los pólipos, reclaman evidentemente la ablación.

Insistimos respecto de los tumores del limbo esclerocorneal constituídos ordinariamente por el epitelioma. Estos tumores tienen tendencia á infiltrarse en la región del limbo siguiendo la vía de un vaso venoso ciliar anterior.

La ablación con el bisturí deberá, pues, ser profunda y seguida de una cauterización con el termocauterio. Esta intervención generalmente es suficiente, aun cuando el tumor es *pigmentado*. Si se produjera una recidiva profunda, hacer la enucleación.

XIII

Equimosis subconjuntivales

Espontáneos, son frecuentes en todas las edades de la vida, y no entrañan necesariamente un mal pronóstico con respecto á una arteriosclerosis generalizada. Su tratamiento es nulo.

XIV

Edema conjuntival

El edema conjuntival se observa en todas las conjuntivitis, aunque sean poco intensas, y no requiere ninguna intervención. Las *escarificaciones* tan á menudo empleadas son poco útiles.

Pero hay una variedad de edema *crónico* consecutivo á las inflamaciones agudas y mal tratadas: la mucosa forma hernia por la hendidura palpebral, cuyo músculo orbicular está contracturado. De ello resulta una estrangulación de la conjuntiva con ectropión del párpado inferior. He visto enfermos llevar una cura durante semanas para verse libres de este edema. Basta la supresión del apósito y la reducción con los dedos de la mucosa herniada, seguida de un masaje prolongado, para obtener la curación en doce horas.

XV

Antisepsia conjuntival

Las numerosas investigaciones bacteriológicas emprendidas en estos últimos diez años han establecido que la conjuntiva normal es habitada por variados microbios, la mayor parte inofensivos. No existiendo blefaritis, dacriocistitis, la presencia del *estafilococcus aureus* y del estreptococo es excepcional. Estos microbios no pueden ser reconocidos sino por cultivos; el examen microscópico del moco conjuntival rara vez demuestra gérmenes figurados. Hay aquí una diferencia capital con las otras cavidades mucosas, como la boca, las fosas nasales.

De esta primera aseveración se podría, pues, deducir que las operaciones practicadas en el globo con instrumentos asépticos no deberían sino raramente complicarse con infección. Pues no sucede así, y la práctica enseña que las heridas más ligeras de la córnea pueden ir seguidas de infección grave, cuando nada en el aspecto de alrededor de esta membrana podrá hacer prever una complicación. Así se puede observar que la extirpación por raspado de una partícula metálica desprendida de un hierro caliente, vaya seguida á las cuarenta y ocho horas de un absceso corneal con hipopión. Después de la extracción de una catarata

blanda no seguida de limpieza completa de las partes blandas, la iritis grave, hasta purulenta, no es rara. Una simple puntura de la córnea con la aguja que sirve para discindir una catarata secundaria puede ir seguida de panoftalmía. En estos últimos casos los microbios han encontrado un medio de cultivo excelente en las masas blandas y el cuerpo vítreo. No se trata aquí, repitámoslo, sino de ojos de aspecto absolutamente normal, de esos ojos en que la bacteriología no demuestra á menudo más que microbios inofensivos.

Por otra parte, se puede ver enfermos afectos de conjuntivitis crónica, de lagrimeo, enfermedades en que la flora microbiana adquiere á menudo un desarrollo extraordinario, sufrir sin la menor complicación irítica una operación de todo punto grave. Aún más, nos ha parecido que es precisamente en estos enfermos que han sido tratados durante largo tiempo por inyecciones simplemente detersivas en las vías lagrimales, que las operaciones ofrecen el menor peligro, á pesar de la presencia comprobada de los piógenos.

Ultima comprobación. Sea cual fuere el agente antiséptico empleado (sublimado, etc.), toda intervención operatoria va invariablemente seguida de un brote microbiano á menudo extraordinario y de los más temibles, considerado bacteriológicamente, de manera que un ojo traumatizado está desde las primeras horas expuesto á las peores infecciones.

Es, pues, absolutamente ilusorio, con nuestros medios actuales, contar con la asepsia operatoria, y algunos oftalmólogos, demasiado confiados, á nuestro parecer, en los datos de la bacteriologia, han llegado á la conclusión de que la asepsia instrumental era sólo deseable. Para honrar con todo las ideas en boga, se limitan á dirigir una ligera corriente de agua salada sobre las partes accesibles de la córnea y de la conjuntiva. Practican además, en verdad, una desinfección más completa del borde de los párpados, de cuya región la frecuencia de la blefaritis ha hecho desde largo tiempo sospechar la habitual contaminación. La bacteriología, respecto de este punto, no hace más que confirmar las deducciones clínicas.

A. — PRÁCTICA DEL AUTOR

En medio de las afirmaciones contradictorias de los partidarios de la antisepsia á *outrance* y de los casi-abstencionistas, parecerá difícil poder formar opinión. Por mi parte, durante ocho años de práctica en el Quinze-Vingts en un servicio de oftalmología muy activo, he experimentado sucesivamente las diferentes formas de antisepsia preoperatoria.

Voy á dar una idea sucinta.

Los instrumentos han sido todos, antes de cada operación, esterilizados durante algunos minutos en una solución al 2 por 100 de *carbonato de sosa* hirviendo; la piel de los párpados ha sido enjabonada, luego lavada con *sublimado* al 1 por 5000, lo propio que la región de las pestañas.

Previa cocainización y ranversión de los párpados, el lavado de la conjuntiva se ha hecho con una solución de sublimado al 1 por 5000, empapando torundas de algodón que se pasaban suavemente por la mucosa. Seguía inmediatamente la extracción de la catarata.

B. — RESULTADOS

Una irritación conjuntival muy viva sobrevenía habitualmente al cabo de media hora. Los enfermos aquejaban vivo escozor durante varias horas. Al día siguiente los párpados estaban hinchados y pegados por una secreción mucosa ó mocopurulenta. Esta reacción era, es cierto, variable según los enfermos. El cianuro de mercurio al 1 por 3000 irritaba igualmente, pero en menor grado. Con este procedimiento registraba por término medio 1 por 100 de panoftalmías y muy á menudo iritis. Esta cifra es inferior á la de otros operadores que utilizan igualmente el sublimado. Es deducida de más de 600 operaciones de catarata.

La desinfección exclusiva del borde de los párpados (jabón y sublimado) y el lavado de la conjuntiva con agua boricada no me han dado mejores resultados, pero siempre la reacción conjuntival ha sido mucho menos fuerte.

Si se tienen en cuenta los numerosos casos de supuración observados por los operadores del período preantiséptico (en que en verdad, los instrumentos no estaban esterilizados), el progreso es evidentemente considerable, pero con todo insuficiente. La antisepsia es buena, pero faltaba encontrar un antiséptico menos irritante que el sublimado y las sales de mercurio en general, que son tolerados en rigor en lavados *rápidos*, pero provocan, aun á muy débil dosis (1/20000 para el sublimado), una irritación violenta cuando el lavado es *prolongado* y hecho con alguna presión.

El permanganato de potasa nos ha parecido todavía demasiado irritante, pero el *permanganato de cal* al 1 por 2000 es perfectamente tolerado en grandes irrigaciones de 1 litro y medio por ojo, hechas con nuestro *embudo-lavador*. La asepsia del fondo de saco, como lo indican repetidos cultivos, no queda realizada, pero la práctica nos ha demostrado la excelencia de este modo de desinfección. En 200 operaciones de catarata no

hemos tenido una infección grave, y el número de iritis post-operatorias ha disminuído muy notablemente. Damos, pues, la preferencia, en espera de un antiséptico mejor, al permanganato de cal. Se encuentra en el comercio en solución al 10 por 100, de la que se echará una buena cucharada de las de café en cada litro de agua tibia á 25°. Se hará pasar litro y medio de esta solución por el fondo de saco, empleando, como se ha dicho, nuestro embudo-lavador y el bock de irrigaciones. Previa cocainización, y estando el enfermo echado, la irrigación se hace fácilmente y sin dolor. Se invierten en seguida los párpados y se les rocía durante algunos instantes con esta solución.

C.—OTROS MEDIOS DE DESINFECCIÓN

Panas ha preconizado la desinfección del borde de los párpados *hecha la víspera* por lavados de *carbonato de sosa* seguidos de un lavado con *aceite biyodurado* al 4 por 1000 (biyoduro de mercurio). Aplicación luego de un apósito húmedo empapado de solución acuosa de biyoduro al 1 por 20000 (adicionada de 10 gramos de alcohol para disolver el biyoduro). En el momento de la operación, limpieza de la conjuntiva con el biyoduro acuoso.

Se han recomendado igualmente las soluciones de

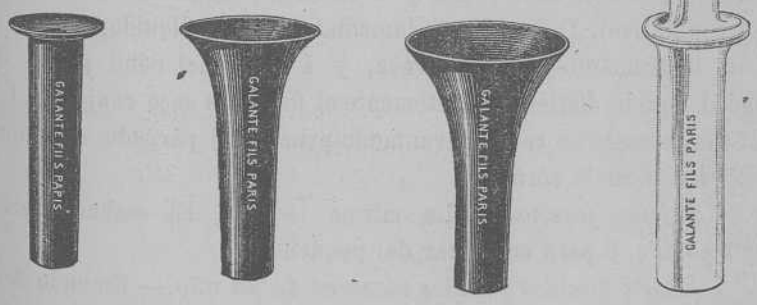

Fig. 19. — Embudo-lavador (tres tamaños diferentes)

formol, que tienen el inconveniente de ser muy irritantes. Los polvos de *salol*, de *yodoformo*, etc., son muy poco eficaces.

Si los párpados, la conjuntiva ó las vías lagrimales están enfermas,

no se procederá á ninguna operación que pueda ser diferida. Los tratamientos empleados en estos casos tienen, como lo demuestra la observación, una influencia beneficiosa, que no debe atribuirse enteramente á los antisépticos, á menudo muy débiles, empleados. Es probable que una conjuntivitis que ha pasado por un período de irritación ha sufrido por este hecho una exaltación en su vitalidad, en sus medios de defensa contra los parásitos ó que ha sido la consecuencia una disminución de la virulencia de los microbios. Estos dos factores: resistencia del terreno ó virulencia de los microbios, escapan completamente á nuestra apreciación, pero la falta de iritis será aún la mejor prueba de la falta de infección.

D. — TÉCNICA DE LAS GRANDES IRRIGACIONES

1.° *Adultos.*—El enfermo está sentado, la cabeza inclinada encima de una palangana, ó bien acostado, y un recipiente (riñonera) es aplicado contra su mejilla. Un bock de irrigaciones vaginales de dos litros es mantenido á 25 centímetros por encima de la cabeza del paciente. Se llena de solución tibia (25°) de permanganato de potasa ó de cal al 1 por 2000.

Para el *permanganato de potasa*, se prescribe una dosis de 300 gramos de solución saturada en agua destilada. Se echará una buena cucharada de las de café (6 centímetros cúbicos) en cada litro de agua.

Para el *permanganato de cal*, si la solución es al 25 por 100, se echará una buena cucharada de las de café en dos litros de agua.

El embudo-lavador será de vidrio, del modelo para adultos. Si hay blefarospasmo se comenzará con el pequeño modelo. El instrumento será introducido primero en el fondo de saco inferior; luego se levanta el párpado superior con el dedo índice y el embudo penetra sin dificultad en la cavidad conjuntival. Dejando fluir inmediatamente el líquido, no hay contacto del instrumento con la córnea, y á pesar del débil grado de la presión, el líquido distiende fuertemente el fondo de saco conjuntival.

El instrumento se retira levantando primero el párpado superior; es imposible así tocar la córnea.

2.° *Sujetos jóvenes.* — La misma técnica. El embudo será del modelo mediano, ó para comenzar del pequeño (1).

3.° *Recién nacidos y niños menores de un año.* — Embudo del modelo más pequeño. El bock se colocará sobre una mesa. El niño, envuelto con los pañales, se mantendrá sobre las rodillas de un ayudante *sentado*. La cabeza del niño, más baja que los pies, rebasará las rodillas del ayudante y el occipucio se sostendrá con una mano. En el suelo, un gran

(1) El embudo-lavador es de cristal. Existen tres tamaños diferentes.

recipiente recibirá el agua del lavado. El embudo se introducirá primero bajo el párpado inferior, después bajo el superior. Dejar en seguida fluir el agua (se habrá tenido el cuidado de cebar el instrumento). Para retirar el lavador, levantar el párpado superior con el dedo.

No elevar nunca el bock á más de 25 centímetros por encima de la cabeza del sujeto.

Cantidad de líquido que se debe emplear para cada ojo: 1 litro, siempre á 25°. Se secan en seguida los párpados con algodón.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA CÓRNEA

POR

E. KALT

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. P. NUBIOLA Y ESPINÓS

I

Diagnóstico general.—Instrumental Técnica terapéutica

A.—*Diagnóstico general.*—El examen de la córnea se hace mejor con la luz oblicua, dirigiendo sobre la membrana con una lente de 15° un haz de luz que emane de una lámpara colocada sobre el lado enfermo.

Cuando no existe blefarospasmo, sino una simple fotofobia, el examen de la córnea se hace muy fácilmente levantando ligeramente el párpado superior con una mano y ordenando al enfermo que siga con la mirada los movimientos de la otra mano. Se tiene así tiempo sobrado para darse cuenta de los diversos trastornos, sin torturar al enfermo con la dilatación forzada de los párpados con el pulgar de las dos manos. Esta práctica bárbara es sólo admisible en sujetos de todo punto indóciles

Cuando la córnea es iluminada oblicuamente, es fácil examinarla con pequeño aumento á través de una lente, práctica útil en la investigación de los cuerpos extraños finos.

En caso de fotofobia intensa, es á menudo útil anestesiar ligeramente las terminaciones nerviosas por medio del *clorhidrato de cocaína.* La solución ordinariamente empleada es al 5 por 100, ó sea $0^{gr},50$ por 10 gramos de agua. Una ó dos gotas bastan para obtener una anestesia ligera al cabo de cinco minutos. Una nueva instilación cinco minutos después consigue una anestesia completa. Si se continuaran las instilacio-

nes, la superficie corneal se marchitaría, caería el epitelio. De aquí una contraindicación formal del empleo *repetido* de la cocaína en todas las infecciones corneales ó conjuntivales (catarros simples ó purulentos).

La solución de *sulfato de atropina* empleada con tanta frecuencia (3 á 5 centigramos por 10 gramos de agua), actúa sólo como calmante de las neuralgias ciliares. Estas neuralgias tienen su punto de partida en el iris y son la consecuencia de una irritación más ó menos intensa de los nervios ciliares irianos por las toxinas microbianas provenientes de las úlceras ó abscesos corneales. El colirio no se empleará, pues, con resultado sino cuando se haya comprobado la hiperemia iriana (véase Iritis). La prescripción de atropina hecha porque sí para una conjuntivitis, para una ligera úlcera corneal, etc., es una práctica absurda y demasiado extendida.

La contracción espasmódica de los párpados exige el empleo de los separadores de Desmarres ó de un separador ordinario de operaciones (es muy recomendable el separador de Panas).

Cuando se observa una infección corneal de origen externo (úlcera, absceso), se recordará que muy á menudo esta infección tiene su punto de partida en una inflamación de las inmediaciones: conjuntivitis, blefaritis, dacriocistitis. Antes, pues, de pronunciar la gran palabra de «*queratitis*» que lo resume todo para muchos médicos, se examinarán sistemáticamente los anexos primero, el globo después. Nosotros acostumbramos decir á los discípulos demasiado presurosos que señalan de buenas á primeras una úlcera insignificante de la córnea y omiten tratar de una blefaritis crónica, causa primera de todo el mal, que *el ojo comienza en el extremo de las pestañas y acaba en el lóbulo occipital*. Nosotros queremos, por tanto, que antes de decir «queratitis», el médico proceda en algún modo plano por plano. ¿Las pestañas son normales en número, en dirección? ¿No están pegadas formando manojos (catarro conjuntival); pegadas en su base, con engrosamiento, rubicundez del borde libre de los párpados (blefaritis)? ¿La piel de los párpados no está irritada (conjuntivitis), rayada de estrías verticales y tensa (lagrimeo antiguo)? ¿El borde interno del párpado inferior se aplica contra el globo al mirar hacia arriba (falta de ectropion lagrimal de ligero grado)?

¿La rubicundez del ojo alcanza igualmente la conjuntiva palpebral y la bulbar? Esto ocurre solamente en los catarros intensos. Una rubicundez acantonada en la proximidad inmediata de la córnea debe hacer pensar, sobre todo si el matiz es violáceo, en una inyección *profunda* de los vasos que emanan del iris. Como ya hemos dicho, la iritis es frecuente en las queratitis sépticas y en la queratitis intersticial. Es, pues, absolutamente

indispensable que el médico haya observado bien algunos casos típicos de inyección periquerática, á fin de no tomar por conjuntivitis un síntoma característico de una muy diferente afección.

Llegamos á la córnea. La constituyen tres capas: un epitelio con membrana basal, un parénquima de 1 milímetro aproximadamente de grosor, una membrana elástica posterior cubierta de un endotelio en continuidad con el del iris.

El epitelio está *intacto* cuando la superficie se ofrece como pulimentada y la imagen de una ventana, por ejemplo, aparece muy clara. Si sobreviene el menor trastorno (queratitis intersticial inicial, glaucoma agudo, etc.), la imagen de la ventana aparecerá *borrosa*. Este epitelio puede, en las enfermedades antedichas, presentar un aspecto *rugoso, punteado*, muy fácil de reconocer sobre todo con la iluminación oblicua. (La cocainización es una causa frecuente de ello, pero la alteración es pasajera). Este aspecto rugoso indica siempre una distrofia epitelial, de la que se deberá encontrar la causa. Cuando este epitelio ha caído á trozos, se reconoce fácilmente que no tiene casi más grueso que una muy fina hoja de papel. Es este el único revestimiento de protección de la córnea. La membrana basal de Bowman no se puede reconocer por el examen así practicado.

La iluminación oblicua nos da perfectamente la impresión de que la córnea es una membrana de casi un milímetro de grosor. Cuando existen depósitos sobre la cara posterior de esta membrana (iritis serosa), esta impresión es aún más clara. Cuando se observe, pues, un trastorno corneal, podremos apreciar fácilmente si está localizado en el epitelio, en el parénquima ó simplemente en la cara posterior. Existe una variedad de queratitis bastante frecuente en el adulto, que comienza por muy ligeras erosiones *localizadas* del epitelio. De aquí la infección se extiende al parénquima corneal, mostrándose más ó menos por debajo del epitelio que ha quedado intacto. Una nubecilla gris blanquizca, ordinariamente limitada al centro de la membrana, invade la córnea. El punto de partida es evidentemente una brecha epitelial. La iluminación oblicua permitirá afirmar que se trata de una queratitis de origen externo y no de una queratitis parenquimatosa de origen general (sífilis, tuberculosis).

Las cicatrices consecutivas á las úlceras radican evidentemente en el parénquima corneal. La iluminación oblicua de estas manchas permite reconocer si son superficiales (antiguas flictenas superficiales), profundas y limitadas (abscesos profundos antiguos), profundas y difusas en todo el parénquima corneal (manchas de esclerosis consecutivas á la queratitis

parenquimatosa), profundas con adherencia del iris (leucomas adherentes, consecuencia de abscesos profundos).

Nosotros aconsejamos con empeño á todos aquellos que no quieran exponerse á graves errores diagnósticos, que tengan siempre presente en su mente esta división de la córnea en tres hojillas y recuerden bien su grosor relativo. Las úlceras corneales de *fondo transparente* de la oftalmía purulenta por ejemplo, exigen ser vigiladas de muy cerca, so pena de ver, con grande extrañeza del médico, que el iris y el cristalino se hernian bruscamente fuera de un ojo que se consideraba poco afecto. Un examen más profundo, hecho la víspera, hubiera permitido comprobar que esta úlcera semilunar, tan benigna en apariencia, había cortado á pico la córnea en un espesor de casi un milímetro, y nos hubiéramos apresurado á practicar una paracentesis y á instilar eserina.

B.—*Inmovilización del globo ocular.*—Para toda operación sobre la córnea, que no sea la separación de un cuerpo extraño, el enfermo estará acostado en una cama estrecha (cama de hierro con varios colchones) colocada cerca de una ventana. La cabeza es sostenida por una almohada arrollada. Después de instilar *cocaína* al 5 por 100 (dos instilaciones con tres minutos de intervalo), se separan los párpados con el pulgar y el índice de la mano izquierda. Estos dos dedos, cabalgando sobre el borde palpebral, se apoyan directamente sobre el globo. El operador, si es experimentado y hábil, consigue así una inmovilización muy suficiente. Inútil es decir que los dedos han sido previamente desinfectados (jabón, sublimado al 1 por 5000).

El separador *externo* de los párpados da más facilidad; el globo es sujetado entonces con una pinza de finos y múltiples dientes de ratón que debe morder en la proximidad inmediata de la córnea. Por poco que de ella se separe, tendrá lugar un desgarro con arrancamiento de un colgajo conjuntival.

Cuando el globo está irritado (conjuntivitis, glaucoma, etc.), la absorción de la cocaína se hace mal y la anestesia es poco marcada. Con todo, el empleo del *cloroformo* no está indicado sino en las operaciones difíciles y dolorosas (iridectomía en el glaucoma agudo).

C.—*Antisepsia directa de la córnea.*—La gama de las aplicaciones antisépticas entraña los toques de los focos infectados con soluciones acuosas concentradas de *azul de metilo,* de *glicerina fenicada* al 1 por 10, de *glicerina yodada* al 1 por 20, de *tintura de yodo* pura; por último, la cauterización ígnea y el raspado.

La aplicación de soluciones se hace fácilmente con un pequeño palillo de madera cubierto de algodón en su extremo. Se consigue así localizar

perfectamente la acción desinfectante ó cáustica. El excedente de cáustico se barrerá con una corriente de agua hervida.

El *azul de metilo* en solución concentrada ó en forma de lápiz, tiene un gran poder de penetración; pero su acción antiséptica nos ha parecido débil. Es muy poco irritante.

La *glicerina yodada* ó *fenicada* parece mucho más activa; su manejo es fácil, y frotando ligeramente el fondo de la úlcera con algodón, se combina la limpieza mecánica con la acción microbicida.

La *tintura de yodo*, de empleo más doloroso, es también más eficaz. El algodón deberá estar bien exprimido y se lavará inmediatamente el globo con agua hervida tibia.

Por último, el *galvanocauterio* es sin contradicción el agente antiséptico más poderoso de que disponemos. Es muy preferible al termocauterio, aun de punta fina, cuya quemadura es á menudo mucho más profunda. Con una fina punta de galvanocauterio, es fácil escarbar el *contorno de fondo de las úlceras* sin destruir inútilmente una grande extensión de tejido corneal. A falta de galvanocauterio, se puede emplear una aguja de hacer calceta calentada á la llama de una lámpara de alcohol.

El *raspado* simple de las úlceras con una cucharilla nos parece muy inferior á los procedimientos antedichos.

Las aplicaciones desinfectantes y cáusticas podrán, sin inconveniente, repetirse dos veces al día, pues el galvanocauterio, manejado ligeramente, es muy poco destructor. En los abscesos corneales graves, la acción de las cauterizaciones repetidas es verdaderamente notable.

D.—*Paracentesis corneales.*— La experiencia clínica ha enseñado hace largo tiempo que la perforación espontánea de la córnea, por estrecha que sea, señala á menudo la mejoría de los procesos infecciosos. Esto es cierto, sobre todo para los abscesos de la queratitis flictenular; en la oftalmía purulenta ocurre lo mismo, si se consigue agotar bastante pronto la secreción conjuntival. Este dato empírico debe ser erigido en método terapéutico, siempre que se trate de una úlcera que tiene tendencia á progresar en profundidad. Se hará la perforación después de la cauterización ígnea. Cuando el fondo de la úlcera es muy delgado, un simple rasguño con una aguja de discisión dará salida al humor acuoso. Si la úlcera es ancha, se podrá perforar con la punta del galvanocauterio. Pero se evitará en cuanto sea posible perforar enfrente de la pupila. Vale más hacer, en el caso de úlcera central, una paracentesis periférica (por abajo), sirviéndose de una aguja triangular con detentor de de Wecker. La salida del humor acuoso deberá hacerse muy suavemente, manteniendo el instrumento en la herida, con la punta aplicada contra la cara posterior de la

córnea, el mango aproximado á la mejilla, á fin de evitar la herida del iris y del cristalino.

Esta paracentesis puede repetirse á cada cauterización. Basta á menudo entreabrir los bordes de la herida con el extremo en botón de un cuchillo de Weber.

E. — *Inyecciones subconjuntivales.* — Han sido ideadas por Reymond, de Turín, y la intención del inventor era llevar soluciones mercuriales microbicidas hasta el tejido tenoniano que está en comunicación directa con la córnea. Las opiniones están muy divididas respecto á la utilidad de estas inyecciones, que Reymond distaba de dar como una panacea de las infecciones corneales (1). Como son inofensivas, no hay inconveniente en practicarlas, sirviéndose de una solución de *sublimado,* ó mejor de *cianuro de mercurio* al 1 por 2000; otros emplean simplemente *agua salada* al 7 por 1000. La inyección se verifica con una jeringa de Pravaz desinfectada. Se punciona la conjuntiva á 3 ó 4 milímetros de distancia de la córnea y se inyectan aproximadamente IV gotas de la solución. El resultado inmediato es una pequeña bola de edema que se reabsorbe bastante rápidamente. A menudo, con el sublimado, se observan dolores neurálgicos bastante vivos.

Nosotros hemos notado resultados positivos de estas inyecciones, practicadas solas contra queratitis con hipopion; pero los fracasos han sido numerosos.

F. — *Apósitos.* — El *apósito oclusivo* es el mejor medio que poseemos para dejar al ojo en reposo y sustraerle á las diversas causas de irritación: aire, luz, polvo. Se aplicará después de todas las operaciones practicadas en el ojo y en todos los casos en que el ojo se mostrara muy sensible al aire y á la luz (úlceras, abscesos).

Este apósito consiste en tres ó cuatro gruesos de gasa simple *esterilizada* (2) cubierta con un tapón de algodón y sujetada con una venda de algodón ó de franela. La gasa ó crespón llamado gasa de Velpeau, proporciona vendas que dan una presión muy suave, y cuyas vueltas no se deslizan. Por último, la tarlatana apretada y mojada permite igualmente aplicar un apósito sólido, limpio y económico. Longitud de las vendas, 3,50 metros; ancho, 6 centímetros.

Se pueden substituir las vendas por un pequeño vendaje de tela de 20 centímetros de largo por 8 de ancho, llevando en cada extremo una cinta bifurcada que dará una vuelta á la cabeza. Este vendaje que empleamos en los Quinze-Vingts, es limpio y fácil de aplicar.

(1) Reymond. — *Soc. franç. d'Ophtalm.*, 1889.
(2) Las gasas saloladas y yodofórmicas exponen á eczemas artificiales de los párpados.

La fijación del apósito con vendoletes de tela pegados con colodion en la frente y las mejillas se empleará sobre todo para los enfermos inteligentes y en los casos en que este apósito no deberá renovarse muy á menudo.

Cuando los párpados están irritados, que la conjuntiva segrega, el apósito deberá cambiarse lo menos dos veces en las veinticuatro horas, so pena de provocar una irritación eczematosa. Una secreción abundante es contraindicación del uso del apósito.

El apósito húmedo actúa á manera de cataplasma calmante y es muy apreciado por los enfermos afectos de blefaroconjuntivitis con úlceras corneales. La gasa y el algodón se empaparán *siempre* de un líquido no irritante templado, agua boricada de preferencia, y recubiertos de tafetán engomado. Se cambia el apósito dos veces al día.

II

Traumatismos de la córnea

A. — CUERPOS EXTRAÑOS

La penetración de pequeños cuerpos extraños, como granos de esmeril, limaduras, es un accidente de los más frecuentes. La ablación se hará con una aguja de catarata ó una pequeña gubia especial, previa cocainización. La presencia de estos cuerpos extraños provoca á menudo accidentes infecciosos. Los gérmenes no tienen para ello necesidad de ser aportados de fuera por el cuerpo extraño. Ya hemos visto que el número y la virulencia de los gérmenes conjuntivales varían mucho según los individuos. Tal enfermo llevará en su córnea, durante varios días, un fragmento de *escoria* de hierro sin experimentar más que un poco de estorbo, mientras que otro tendrá, al cabo de cuarenta y ocho horas, una queratitis con hipopion. El hecho es frecuente en los individuos afectos de blefaritis, de lagrimeo simple.

Se deberá, pues, siempre hacer preceder la ablación de un cuerpo extraño de una desinfección de la conjuntiva y de los párpados. El vendaje quedará aplicado siempre durante veinticuatro horas á lo menos, hasta que se haya calmado la irritación producida por la operación.

Los cuerpos extraños profundos tienen tendencia á caer en la cámara anterior. Si se trata de hierro, se deberá, durante las tentativas de extracción, tener un polo de electroimán próximo al ojo.

Los cuerpos extraños muy pequeños, no determinando irritación y no oxidables, se dejarán implantados; la dislaceración de la córnea expone siempre á una infección.

B. — HERIDAS DE LA CÓRNEA

Las heridas por puntura ó con sección limpia de poca extensión no son generalmente graves, y son á menudo las lesiones irianas ó cristalinas que reclaman la atención. En las heridas muy extensas con hernia del iris, es mejor resecar el colgajo iriano ya infectado que reducirlo; luego, si la coaptación se hace mal, suturar con dos puntos de seda fina.

Las heridas anfractuosas son especialmente peligrosas y deberán desinfectarse de preferencia con la *glicerina fenicada*.

C. — QUEMADURAS

La terapéutica se reduce á lavados, á la oclusión del ojo con el vendaje y la introducción de pomada *yodofórmica* al 1 por 20. Las quemaduras por los cáusticos químicos son muy graves y dejan úlceras muy lentas en repararse. Es de regla la anestesia corneal, y se está á menudo obligado, para detener los brotes incesantes de ulceración, á hacer una blefarorrafia media. En una enferma quemada por el ácido clorhídrico, hemos tenido que dejar los párpados unidos durante más de un año.

III

Queratitis por infección externa

A. — QUERATITIS FLICTENULAR

1.° Es el impétigo de la córnea, esto es, una infección local inoculable, que se observa á menudo, pero no siempre, en individuos linfáticos.

Las vesículas, de una duración efímera en estado transparente, se vacían muy rápidamente, dejando una *úlcera*, ó bien la córnea en las proximidades se hace blanco-amarillenta, de aspecto purulento: es el *absceso*. Flictenas corneales y flictenas conjuntivales marchan á menudo á la par, precedidas en su aparición por la blefaritis, el impétigo facial, el impétigo de las fosas nasales con flujo nasal.

La *úlcera* de fondo y periferia transparentes puede persistir sin modificación durante semanas, no declarándose su existencia sino por el deslustramiento y fenómenos astenópicos. Hecha la reparación, no quedará más que una ligera mancha.

El *absceso* puede permanecer circunscrito; su contenido se elimina y el foco se llena de un tejido de cicatriz nuevo, blanquizco, de lo que resulta una mancha indeleble. O bien, el absceso se extiende, el tejido corneal se reblandece, se necrosa y se produce la perforación con hernia iriana.

La mayor parte de los focos flictenulares llaman á sí los vasos conjuntivales de las inmediaciones: es el pannus, instrumento de defensa que se debe respetar en tanto que el proceso infeccioso está en actividad. Más tarde tendrá tendencia á desaparecer espontáneamente.

Los abscesos dejan en su lugar *manchas*, que tendrán consecutivamente gran tendencia á exulcerarse (cual la piel adelgazada que cubre una antigua úlcera de la pierna). Brotes de pannus recubrirán la córnea de una red ligera de vasos: es la *queratitis cicatricial*.

2.° El *tratamiento* se inspirará en las indicaciones formuladas para la conjuntivitis flictenular. El *sublimado* en solución y el *óxido amarillo* son los mejores agentes antisépticos que deben emplearse. La fototobia, la sensibilidad del ojo al aire indican el empleo del apósito y de la atropina.

He aquí algunos ejemplos:

a) *Úlcera simple asténica*, consecutiva á una erupción flictenular.— Introducción mañana y tarde de pomada de bióxido amarillo al 1 por 100, ó proyección de *calomelanos* al vapor porfirizado, cada dos días. (Se practica con un pincel seco empapado de polvo).

b) *Pequeños abscesos flictenulares recientes, bien limitados.*— Lavados de la conjuntiva con *sublimado* tibio (1 por 5000); una gota de *atropina; pomada amarilla* al 1 por 100, dos veces al día. Apósito durante los primeros días; luego lentes cóncavos ahumados, matiz n.° 2. Continuar durante semanas el empleo de la pomada para evitar recidivas (una vez al día).

Si hay blefarospasmo, abrir forzosamente los párpados con el separador externo, que se dejará colocado cinco minutos todos los días. El espasmo desaparecerá una vez que se habrán curado las úlceras.

La atropina se suprimirá así que se obtenga una amplia dilatación pupilar. La *cocaina* es poco útil y aun peligrosa.

c) *Absceso ancho y profundo de la córnea.*— Cauterización del foco con el *galvanocauterio* fino, dos veces al día si es necesario. Si se prevé

una perforación, instilar *sulfato de eserina* (0gr,05 por 10 gramos) mañana y tarde; si no, *atropina* para combatir la iritis concomitante. Curas bicotidianas, lavados con sublimado, pomada amarilla al 1 por 100 ó *yodoformo* porfirizado. (El yodoformo no es irritante, pero su polvo tiene tendencia á aglomerarse en bolas al cabo de tres ó cuatro días, lo que requiere una nueva porfirización).

Si es inminente la perforación, *paracentesis* corneal.

Si se produce la perforación, no tratar de reducir el iris. No escindir el iris más que si la hernia es fuerte, lo que es raro. Mejor es no tocarlo. El tejido iriano se atrofia poco á poco; la adherencia á la córnea es inevitable; inútil insistir en el empleo de la eserina ó de la atropina para hacer reingresar el iris.

Se llevará el apósito mientras la úlcera no esté francamente en reparación y el ojo no tolere fácilmente el aire y la luz.

Los enfermos afectos de queratitis flictenular no deberán nunca confinarse á una habitación obscura. La media luz bastará y se permitirá una salida al aire libre á lo menos de una hora cada día.

Fuera de los casos de absceso grave de la córnea, está indicada la permanencia de los enfermos en las orillas del mar. Los *baños de sal marina* dos veces por semana, las fricciones, la gimnasia en el domicilio constituyen los más útiles medios de tratamiento general.

Al interior, el *arsénico*, el *aceite de hígado de bacalao*, el *fosfato de cal*. Mas el médico ha de tener bien presente que, en la curación de la queratitis flictenular, el *tratamiento local es absolutamente preponderante, y que este tratamiento ha de ser aplicado por el mismo médico;* una queratitis flictenular merece tantos ó más cuidados que una afección grave cualquiera de un miembro, puesto que se trata de impedir que un niño se quede *tuerto* ó *ciego*. Los estragos producidos por la queratitis flictenular sólo pueden compararse á los que produce la tuberculosis; las víctimas se cuentan por millares cada año, y al obtener alguna información acerca de estos pobres desgraciados, observamos que muy frecuentemente han sido vigorosamente tratados por... ¡los vejigatorios y el agua bórica!

B. — QUERATITIS CON HIPOPION. — ÚLCERA SERPIGINOSA

Esta queratitis está caracterizada por un ancho absceso de aspecto amarillento ó por una ulceración córnea con infiltración blanquecina del parénquima, teniendo dicha úlcera un reborde blanco amarillento por el que tiende á verificarse la extensión del proceso; por último, se produce

con frecuencia una acumulación de pus líquido ó fibrinoso en la cámara anterior. La úlcera tiende á extenderse en superficie y en profundidad, y muchas veces la perforación no sobreviene hasta que la mayor parte de la córnea está destruída. El microbio reconocido como causa es con frecuencia el pneumococo. Los enfermos generalmente son viejos ó adultos debilitados. Es frecuente la concomitancia de lagrimeo, ectropion ó dacriocistitis.

El *galvanocauterio* constituye todavía el cáustico de elección; las cauterizaciones se practican sobre todo en el borde infiltrado de pus amarillo, repitiéndose dos veces al día hasta la curación del proceso. Esta curación es la común y corriente si se llega á tiempo antes que la úlcera haya hecho considerables progresos; en este último caso existe generalmente una amplia hernia del iris, que puede ir seguida de salida del cristalino, panoftalmía, etc.

El tratamiento consistirá en proyecciones de *yodoformo* porfirizado (con un pincel) dos veces al día; lavados de la conjuntiva con *sublimado* al 1 por 5000. Colirio de *eserina* si amenaza la perforación; si no, *atropina*. Apósito húmedo de preferencia.

Si existe ectropion mucoso del párpado inferior, se enderezará dicho párpado por medio de las *suturas de Snellen*. En caso de dacriocistitis, no nos entretendremos con las inyecciones; se introducirá una sonda n.° 1 ó 2 en el conducto lagrimal y se incindirá ampliamente el saco en una altura de 1 centímetro por dentro de la sonda. Se practicará la antisepsia del saco directamente, limpiándolo con un escobillón mojado en *glicerina fenicada* y por *inyecciones de sublimado*.

No nos olvidaremos de vigilar la tensión: los brotes glaucomatosos no son raros en los viejos afectos de queratitis con hipopion: son de rigor la eserina y una esclerotomía.

Si el hipopion es abundante (mitad de la altura de la córnea), se practicará una amplia *paracentesis* en la parte inferior de la córnea y se tirará bien fuerte con una pinza la raíz del hipopion. Puede igualmente practicarse esta paracentesis (después de la cauterización galvánica) rajando la córnea con el cuchillo de Græfe estrecho (Sœmisch). La incisión, hecha por transfixión, seguirá una línea perpendicular al borde infiltrado de pus amarillo de la úlcera y ha de rebasar su borde. Esta incisión expone mucho más á la hernia del iris que la incisión periférica.

Cada día se podrá practicar una incisión subconjuntival en las proximidades de la úlcera.

IV

Herpes y queratitis neuroparalítica

Las erupciones en grupos de vesículas herpéticas en la córnea provocan vivos dolores neurálgicos y recidivan fácilmente. El tratamiento consiste en las instilaciones de *atropina,* el uso de un vendaje y la *quinina* al interior.

Las neuritis de la rama oftálmica ocasionan frecuentemente la anestesia de la córnea. Esta anestesia puede también ser consecutiva á neuritis de los únicos filetes nerviosos de la córnea; en este caso, el foco es limitado. La córnea anestésica se deja fácilmente invadir por los agentes infecciosos, cuyas ulceraciones pueden producir la perforación. El único tratamiento eficaz es la blefarorrafia media. Los párpados permanecerán unidos durante seis meses ó un año.

V

Queratitis punteada superficial. Queratitis dendritica

Son infecciones microbianas del parénquima córneo, que pueden compararse con los cultivos microbianos en una masa de gelatina. El tratamiento, muy largo, consiste en toques antisépticos, la *atropina* y el vendaje.

VI

Queratitis intersticial ó parenquimatosa

Es la manifestación de un estado discrásico general, cuya etiología se halla constituída en más de un 40 por 100 por la sífilis hereditaria (Panas). Aparte de la sífilis hereditaria, los demás factores lo constituyen el linfatismo, la tuberculosis general y la herencia gotosa.

La duración habitual es de dos á cuatro meses, según sea benigna ó grave la forma de la queratitis.

El tratamiento local consiste en las aplicaciones calientes de *cata-*

plasmas de fécula de patata durante una ó dos horas mañana y tarde. En el intervalo, si la fotofobia es intensa, se mantendrá aplicado sobre los ojos un apósito húmedo. *Atropina* mañana y tarde.

Al interior, *aceite de hígado de bacalao*, *jarabe de Gibert* (dos cucharadas grandes para los niños); *fricciones mercuriales* en las articulaciones (4 gramos de ungüento napolitano) ó inyecciones intramusculares (dorso, nalgas) de *cianuro de mercurio* al 1 por 100 (media jeringuilla ó una). Se darán de 15 á 20 inyecciones vigilando la tolerancia del enfermo.

Tratamiento general reconstituyente.

Una vez pasado el período irritativo, se estimulará la reabsorción de los exudados intersticiales por medio de masajes de la córnea á través de los párpados después de la aplicación de *pomada amarilla*, ó por las *duchas de vapor* sobre los ojos abiertos interponiendo un trozo de gasa fina.

El pannus ha de respetarse al principio. Tiene tendencia á desaparecer espontáneamente al mismo tiempo que los exudados. Al cabo de algunos meses, si persiste, se practicará el desprendimiento circular de la conjuntiva por medio de unas tijeras y se raspará la esclerótica siguiendo un anillo de 3 á 4 milímetros de ancho (peritomía).

VII

Manchas de la córnea

Son el resultado de la transformación cicatricial de los focos de una úlcera ó de un absceso (opacidades cicatriciales), — de un exudado inflamatorio no reabsorbido, como á consecuencia de una queratitis parenquimatosa, — de una degeneración hialina alrededor del limbo de la córnea (arco senil), — de una distrofia corneana consecutiva al glaucoma, á las iridocoroiditis (queratitis en faja ó en cinturón).

VIII

Opacidades cicatriciales

En los meses que siguen á la curación de una pérdida de substancia corneal, se produce espontáneamente una aclaración relativa. Actívase la reabsorción de los productos derramados por masajes con la pomada ama-

rilla (masaje con el pulgar á través del párpado superior durante algunos minutos cada día). Se pueden probar también los masajes directos de la mancha con una espátula de caucho. La iridectomía ó la esclerotomía permitirá aclarar un poco leucomas anchos; pero, en general, nuestra terapéutica es bien limitada.

Otro tanto puede decirse de los depósitos inflamatorios de la queratitis intersticial. Hemos obtenido también algunos resultados de las inyecciones subconjuntivales de sublimado.

El *tatuaje* de las manchas se hace con una aguja de ranura que se hace penetrar verticalmente en las capas superficiales de la córnea después de haber frotado la mancha con una barra de tinta china remojada en una solución de sublimado. Ordinariamente son necesarias varias sesiones para obtener un resultado favorable. La utilidad del tatuaje estriba primero en la atenuación de una deformidad; tiene también la ventaja de hacer menos luminosos algunos leucomas corneales y de disminuir el deslumbramiento de los enfermos. Es una buena operación que asociar á la iridectomía óptica; pero no debe practicarse sino después de la desaparición de todos los fenómenos irritativos, sobre todo cuando se trata de un leucoma adherido al iris.

IX

Estafilomas de la córnea

A. — ESTAFILOMA TRANSPARENTE Ó QUERATOCONO

El queratocono sobreviene en condiciones absolutamente desconocidas, casi siempre en sujetos jóvenes.

El tratamiento tiene por objeto detener el desarrollo progresivo de la ectasia. La compresión prolongada con un apósito seco, sujeto por una venda de franela ó de gasa, renovado dos veces al día, da resultados preferibles á los de las operaciones (Panas). Se debe evitar despertar fenómenos dolorosos por una compresión demasiado fuerte ó un vendaje mal aplicado. Tres veces al día se instilará *pilocarpina* ($0^{gr},20$ por 10 gramos). La duración del tratamiento es de seis á diez y ocho meses (Panas).

Si la ectasia es muy pronunciada, se comenzará por perforar el vértice del cono con el galvanocauterio, después de haber instilado *eserina*. La cicatriz aplanará la córnea; pero resultará necesaria una iridectomía óptica.

Los vidrios correctores dan poco resultado por efecto de la irregularidad del cono.

Fick y Kalt propusieron al mismo tiempo, en 1888, enderezar la córnea por la aplicación de una capsulita de vidrio de 8 milímetros de radio de corvadura. Esta capsulita, en los ensayos de Kalt, sólo tenía 10 milímetros de diámetro y quedaba fácilmente adherida á la córnea por la presión atmosférica. El resultado es una mejoría inmediata de la visión que, de 1/20 sube á 1/3. Desgraciadamente, estos cuerpos extraños no suelen tolerarse más de dos ó tres horas y son, por tanto, de empleo poco práctico.

B. — ESTAFILOMA OPACO

El estafiloma opaco de la córnea es parcial ó total. En uno y otro caso es consecutivo á las úlceras seguidas de perforación con hernia iriana.

Constituyendo el estafiloma una amenaza para todo ojo afecto de leucoma adherido, se deberá siempre tener en observación á los enfermos durante meses. Al primer indicio de tensión glaucomatosa, deberá practicarse en cada lado de la adherencia iriana una iridectomía. Es aun prudente iridectomizar de un modo preventivo: la sección del iris hace cesar la tracción ejercida sobre los nervios ciliares, causa de la hipersecreción intraocular. Esta operación es verdaderamente útil y ha salvado muchos ojos.

Cuando el iris está aplicado contra la córnea, no cabe sino hacer la sección de la iridectomía pasando detrás del iris con el cuchillo de de Græfe. Se extrae en seguida con una pinza el iris seccionado.

Cuando el estafiloma es pronunciado, pero parcial, se puede ensayar la resección de la parte saliente y suturar los labios de la herida. Como estos ojos están ya ordinariamente perdidos para la visión, preferimos, por nuestra parte, la resección del segmento anterior del globo ú operación de Critchett, que está igualmente indicada en el estafiloma total de la córnea.

El procedimiento de Knapp nos parece el mejor. Se desprende circularmente la conjuntiva del globo hasta 4 ó 5 milímetros por detrás de la córnea. Se pasa en seguida una aguja provista de un hilo de seda, que coge la conjuntiva y la epiesclerótica por encima y por debajo de la córnea. Esta primera sutura queda establecida por dentro del meridiano vertical. La parte media del hilo es floja, y llevada en forma de asa hacia la nariz. Se aplica una segunda sutura parecida por fuera del meridiano vertical y la

parte media del hilo es echada hacia la sien. Con el cuchillo de de Græfe y por transfixión se desprenden los dos tercios de la córnea; el último tercio se corta con las tijeras. Se aprietan inmediatamente las suturas y se aproximan los bordes de la abertura. Es inevitable una pérdida del cuerpo vítreo, pero queda suficiente para conservar al muñón un volumen conveniente y permitir la aplicación al cabo de un mes aproximadamente de una pieza de esmalte.

El estafiloma corneal complicado por estafiloma esclerotical requiere la *enucleación*.

CAPITULO X

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA ESCLERÓTICA

POR

E. KALT

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. P. NUBIOLA Y ESPINÓS

I

Consideraciones generales

La cubierta fibrosa del ojo es poco propicia al desarrollo de las inflamaciones, y constituye un fenómeno curioso observar abscesos, úlceras corrosivas de la córnea detenerse en seco en el límite del limbo como en una barrera infranqueable á los microbios. No se observa más frecuentemente la infección á consecuencia de los traumatismos accidentales ó quirúrgicos, y esta observación ha sugerido á de Græfe la idea de llevar á la esclerótica la incisión para extraer el cristalino catarático.

La inflamación de la esclerótica propiamente dicha es siempre una afección propagada. La conjuntiva y la epiesclerótica, por un lado, los cuerpos ciliares y la coroides con los numerosos vasos que de ella emanan, por otro, son los puntos de origen, y es siempre en el trayecto de estos vasos que aparecen primero los focos irritativos; el botón de la *epiescleritis* tiene su punto de elección á 3 ó 4 milímetros del limbo, región cribada por el paso de los vasos ciliares anteriores.

II

Escleritis

La escleritis propiamente dicha radica ordinariamente en la misma región; más raramente á nivel del paso de las venas torbellinosas de la

coroides, al ecuador del ojo. Los frecuentes trastornos del cuerpo vítreo, indicio de coroiditis, los brotes de iritis, denotan suficientemente que el tractus uveal, órgano eminentemente vascular, es el principal interesado. Por último, en la esclerocoroiditis posterior que se desarrolla alrededor del orificio óptico, el examen oftalmoscópico, tanto como el microscópico, han hecho siempre acusar la coroiditis en primer lugar y negado todo papel activo por parte de la esclerótica.

Estas consideraciones acerca el papel de los vasos, nos permiten comprender el papel de las discrasias generales en la etiología de la escleritis. Es, en efecto, más especialmente en sujetos de cuarenta á cincuenta años, reumáticos, gotosos, que vemos aparecer las placas hez de vino que caracterizan esta afección. Se agregan á menudo brotes de iritis que acarrean, bastante raramente por cierto, una sinequia posterior total. La córnea por su parte presenta focos de opacificación, de esclerosis intersticial, en forma de lunulas situadas en la prolongación de la placa esclerotical.

En todos estos enfermos está, pues, del todo indicado el tratamiento de la diátesis *(alcalinos, salicilato de litina, cólquico)* y deberá continuarse durante largo tiempo. Localmente, en el período agudo, se limitará á defender el ojo contra la acción del frío: se usará un par de lentes de cristales cóncavos para salir fuera y que servirán para sujetar una torunda de algodón hidrófilo sobre el globo enfermo. Los enfermos aprenden pronto á tener los párpados cerrados y el tapón se tolera, en general, bastante bien. En las mujeres podrá bastar un velo espeso. Contra la hiperhemia iriana y los dolores frontales, están indicadas las instilaciones bicotidianas de *atropina* ($0^{gr},05$ por 10 gramos). Se añadirá aplicaciones de *compresas calientes*, ó mejor de cataplasmas de fécula durante una ó dos horas, mañana y tarde.

Dará á menudo buen resultado provocar sudores abundantes por la inyección subcutánea, hecha por la mañana y estando el enfermo acostado, de 1 á 2 centigramos de *clorhidrato de pilocarpina*, ó haciendo tomar una infusión de 4 gramos de hojas de *jaborandi*. Son igualmente recomendables los *baños de estufa seca* (salvo las contraindicaciones que derivan del estado arteriosclerótico del paciente).

En el período de declinación, se podrán hacer aplicaciones repetidas (una vez á la semana) de finos puntos de fuego con el *galvanocauterio*.

La duración de la afección es larga: de uno á tres meses y más, y son frecuentes las recaídas. Cada foco de escleritis deja en su lugar una mancha pizarreña indeleble.

III

Episcleritis

El diagnóstico de la episcleritis no deja de ser algunas veces bastante difícil. Es muy importante no confundirla con las flictenas conjuntivales, á menudo voluminosas, pero cuya evolución es infinitamente más rápida. El síntoma importante en la episcleritis es la inyección hez de vino de la esclerótica y la falta de ulceración en el vértice de los botones.

El tratamiento general, cuando se trata de enfermos artríticos ó gotosos, es evidentemente el mismo que en la escleritis. Localmente, en el período irritativo, están indicadas las *aplicaciones calientes,* así como la protección del ojo por una torunda de algodón sujeta por unos lentes. Se recurrirá en seguida á la introducción, por la noche, de pomada de *precipitado amarillo* (1 por 100) seguida de un ligero masaje á través del párpado. Esta pomada, si la vaselina es bien neutra, no causa ninguna irritación.

En los sujetos jóvenes, linfáticos, se comprueba á menudo la presencia de pequeñas nudosidades amarillentas, del tamaño de una cabeza de alfiler. Estas nudosidades no se exulceran (diagnóstico con las flictenas). Nos sentimos inclinados, no obstante, á atribuirles análogo origen, y al lado de la conjuntivitis flictenular superficial, nosotros admitimos la existencia de una conjuntivitis flictenular profunda, que no es otra cosa que una variedad de episcleritis. Las escisiones de estos focos amarillos no nos han permitido encontrar en ellos la presencia de microbio alguno; pero constituyen un tratamiento rápido y muy poco doloroso de una pequeña afección muy molesta. La ablación se hace con el bisturí. Se evitará, como es natural, interesar la esclerótica. La operación queda terminada suturando con seda los bordes de la herida.

Las aplicaciones de *puntos de fuego* son igualmente muy empleadas; tienen el inconveniente de provocar durante algunos días un aumento de la tumefacción episcleral.

CAPITULO XI

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL IRIS

POR

E. KALT

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. P. NUBIOLA Y ESPINÓS

I

Traumatismos

A. — CONTUSIONES

Las contusiones del globo en la región esclerocorneal determinan frecuentemente el arrancamiento parcial del iris de su inserción en el cuerpo ciliar y la ruptura del gran círculo arterial, ocasionando una hemorragia que puede llenar toda la cámara anterior. La reabsorción de estas hemorragias se hace en algunos días, y persiste un pequeño orificio periférico que simula más ó menos una pupila accesoria. Una consecuencia más grave, y no menos frecuente, es la parálisis traumática del iris, cuyos plexos nerviosos parecen como *aturdidos*. La pupila es más ó menos ancha, irregular y no reacciona.

Esta iridoplegia es con frecuencia de larga duración, y, como las hemorragias, no reclama tratamiento especial.

B. — HERIDAS DEL IRIS

Las heridas del iris por punturas y cortes son inofensivas, como lo atestigua diariamente la experiencia de la iridectomía. Pero si el cuerpo vulnerante está infectado, el iris reacciona violentamente, y se puede asistir á una iritis supurativa (véase más adelante).

Atendida su frecuencia, las *hernias* traumáticas del iris á través de las heridas corneales por instrumentos punzantes reclaman especial atención: heridas por pluma metálica, cortaplumas y puntas de tijera son de observación corriente. El trayecto corneal debe ser considerado siempre como infectado. Un pequeño trozo de iris forma generalmente prominencia hacia fuera, y el primer cuidado del médico será *resecarlo* atrayéndolo hacia sí con una pinza. Una tentativa de reducción no lograría éxito y expondría á infectar el ojo. Se instilará en seguida *atropina*.

En el caso de *pellizcamiento* del iris por una herida corneal estrecha, es cosa difícil y arriesgada la liberación de la membrana con una espátula. La curación se obtiene fácilmente, pero no es raro asistir, al cabo de pocas semanas, á la evolución de un *glaucoma*. No se deberán, pues, perder nunca de vista estos enfermos, para no atribuir los dolores periorbitarios á un brote de iritis.

C. — CUERPOS EXTRAÑOS

Son sobre todo granos de pólvora y trocitos de metal, raramente fragmentos de madera, de vidrio, de piedra. La iluminación oblicua los muestra fácilmente, pero su extracción es difícil, el tejido lacunar y esponjoso del iris los encierra como en una red. Así, para el hierro, el electroimán presta pocos servicios, y lo mejor es llevarse de un golpe, en una iridectomía, el cuerpo extraño y el iris que lo sujeta. Esta intervención se verificará prontamente, pues es siempre de temer una infección general. Nosotros tenemos actualmente á nuestro cargo un sujeto que recibió en la cámara anterior del ojo un pequeño fragmento de tubo de pipa. Al cabo de algunas horas se le practicó la extracción con iridectomía y ello no impidió que se fraguara una iridociclitis purulenta de marcha lenta.

II

Iritis

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La inflamación de la membrana iriana se manifiesta por síntomas que importa tener bien presentes para evitar lastimosas confusiones, en particular con una simple conjuntivitis. Este error de diagnóstico es muy fre-

cuente, pues la hiperemia conjuntival, con ó sin secreción é hinchazón, no es rara en el curso de la iritis. El mejor síntoma objetivo para el observador que no dispone de iluminación oblicua, es con seguridad el cambio de coloración del iris (lo que no quiere decir que los dos iris tengan siempre idéntica coloración). El iris inflamado pasa de azul á verdoso sucio, de moreno á rojizo sucio. Este cambio de aspecto es debido á la hiperemia y á la exudación fibrinosa. Esta hiperemia iriana motiva naturalmente una hiperemia de la zona esclerotical atravesada por los vasos ciliares anteriores, vasos muy finos y profundos; de aquí el color hez de vino intenso en todo alrededor de la córnea. El borde pupilar, de limpio, como cortado con un sacabocados, se pone blando é irregular. La pupila pasa de negro intenso á grisácea, hasta el punto que se podría creer en la existencia de una catarata, y su borde se adhiere á la cristaloides por múltiples vínculos fibrinosos.

Las dos terceras partes de las iritis dependen de la sífilis secundaria. El otro tercio es debido al reumatismo, á la blenorragia, á la gota, la diabetes, la albuminuria, á las infecciones uterina, gastrointestinal, etc.

Las formas clínicas de la iritis son: la iritis *plástica* aguda ó crónica, la *serosa* y la *supurativa*. Pueden observarse el hipopion y el hipohema.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento de la iritis se divide en tratamiento de la flegmasía en sí y de la causa general.

1.º Tratamiento local

El tratamiento de la flegmasía iriana entraña las siguientes indicaciones: la inmovilización del esfínter pupilar y la supresión de los movimientos acomodatorios del músculo ciliar; es la permanencia en reposo del órgano, algo así como un apósito enyesado en las fracturas; —la dilatación enérgica de la pupila á fin de impedir la soldadura iridocapsular, origen de peligros para el porvenir; — la descongestión por revulsión en las proximidades ó sobre el aparato digestivo, el revestimiento cutáneo;—el alivio de los sufrimientos.

A. — La *atropina* y la *duboisina* cumplen la primera indicación por su enérgica acción midriásica. La dosis usual es de 5 centigramos de sulfato de alcaloide por 10 gramos de agua destilada *boricada* ó *alcanforada*, á fin de impedir la producción de mohos. Estas soluciones tienen el

inconveniente de descomponerse, de acidificarse rápidamente, y conviene renovarlas cada ocho ó diez días.

La atropina parece algo menos activa que la duboisina, y se le atribuye una acción irritante más acentuada sobre la conjuntiva (blefaroconjuntivitis atropínica). Con todo, su uso es infinitamente más extendido. En algunas personas, el colirio es muy rápidamente llevado á las fosas nasales y absorbido, lo que ocasiona sequedad de la garganta y agitación. Los viejos, los sujetos debilitados y los niños de poca edad, están muy expuestos á ello. Se recomienda en ellos comprimir, después de la instilación, el punto lagrimal inferior ó hacer inclinar la cabeza hacia el lado temporal.

Es un precepto importante, *en el comienzo de una iritis*, instilar siempre fuertes dosis de midriásico: 4 á 5 instilaciones el primer día á fin de obrar enérgicamente sobre la dilatación ya medio paralizada por la inflamación. Más tarde se observa generalmente un efecto poco marcado, y hay que esperar á que cese el período agudo para ver romperse las sinequias.

El empleo de las fuertes dosis repetidas será, pues, discontinuo y renovado cuando el iris parezca haber recobrado su motilidad. En el período inicial, se podrá pensar en las inyecciones subconjuntivales de atropina; pero el peligro de la intoxicación general por este temible alcaloide ha hecho renunciar á esta práctica.

La instilación alternativa de *eserina* y de *atropina* para romper las sinequias podrá todo lo más ensayarse en el período de declinación de la dolencia. Durante el período agudo esta gimnástica parece más bien perjudicial é inútilmente dolorosa.

La asociación de la atropina y de la *cocaína* se ha recomendado como un medio de exaltar la potencia del midriásico.

B.—La *revulsión* en la proximidad del ojo se emplea casi tan sólo como calmante de los dolores más bien que como descongestionante. Se aplicarán dos ó tres sanguijuelas en la sien ó cuatro detrás de la oreja. Está mejor indicado un *purgante*, dando la preferencia á los *calomelanos* á pequeñas dosis fraccionadas. En la iritis artrítica, los *baños de vapor* constituyen un excelente descongestionante.

Las inyecciones subcutáneas de $0^{gr},01$ á $0^{gr},03$ de *clorhidrato de pilocarpina* son igualmente útiles; pero es prudente tantear al principio y comenzar por dosis ligeras. El enfermo estará en cama, bien abrigado, y habrá tomado antes una bebida caliente (infusión de te adicionada de un poco de ron). Estos sudores pueden provocarse de dos á tres veces por semana, á condición de no fatigar demasiado al paciente.

C.—Para calmar los dolores periorbitarios, la atropina es también el mejor medicamento. En los casos graves, se añadirán las sanguijuelas en la sien, las aplicaciones de torundas ó de saquitos calientes sobre los párpados, las *inyecciones de morfina* en la sien, la *antipirina* y la *quinina;* por último, en caso de fracasar, se hará una paracentesis de la córnea con una pica.

D.—El tratamiento local de la *iritis crónica* se reduce casi á las instilaciones bicotidianas de atropina. Con todo puede contarse con el efecto del tratamiento general y en la evolución natural de la enfermedad hacia la curación.

2.° Tratamiento general

A.—*Iritis sifilítica.*—La aparición de lesiones oculares indica una malignidad especial de la sífilis. No es raro ver aparecer la iritis á pesar del uso regular de píldoras de protoyoduro ó de sublimado. La coriorretinitis, lesión de las más graves y parienta próxima de la sífilis de los centros nerviosos, sigue á menudo con algunos meses de intervalo á la aparición de la iritis. Esta forma de sífilis ocular *galopante,* que afecta el ojo por entero durante el primer año, es frecuente, especialmente en los individuos infectados después de los cincuenta años de edad. Tenemos actualmente á nuestro cargo un viejo de sesenta años, que hace uno contrajo la afección, y que, cuatro meses después de la aparición del chancro, sufrió una iritis plástica rápidamente seguida de coriorretinitis de los dos ojos. Al contrario, en los sujetos jóvenes, la iritis es á menudo notablemente benigna y no exige más que algunas instilaciones de atropina.

La iritis específica reviste ordinariamente la forma de iritis plástica con sinequias precoces. Muy á menudo aparece en la cara posterior de la córnea, por abajo, un punteado muy fino, gris ó negruzco, formado por glóbulos blancos cargados de granos pigmentarios, recordando por su aspecto triangular los depósitos de la iritis serosa.

Contra una iritis específica de mediana intensidad, el tratamiento de elección consistirá en la administración de 2 á 3 gramos de *yoduro* al día y una *fricción* en una articulación ó en los miembros, si la piel es demasiado irritable, con una cantidad como una avellana de *ungüento napolitano.* Se puede añadir una píldora de 0gr,04 de *protoyoduro* al día. Este tratamiento es muy activo y requiere ser vigilado atentamente á causa de la estomatitis y de la enteritis. Si el yoduro se tolera mal, podrá suprimirse sin gran menoscabo: *el tratamiento debe ser, sobre todo, mercurial.*

Haremos constar que la estomatitis no aparece más que en los enfer-

mos que tienen los dientes en mal estado, cubiertos de tártaro. Desde el primer día, se acudirá, pues, al dentista, y á falta de ello se desinfectarán diariamente las encías que sangran tocándolas con un pincel mojado en *tintura de yodo* pura. Como hace observar Panas, este tratamiento es infinitamente superior á las vulgares prescripciones de *clorato de potasa.*

Si al cabo de ocho días de este tratamiento combinado con la atropinización no se logra marcada mejoría, no se dudará en dar una inyección diaría en los músculos glúteos, de 1 centímetro cúbico de solución de *cianuro de mercurio* al 1 por 100 (disuelto en agua destilada). Estas inyecciones son muy poco dolorosas, no producen abscesos si se desinfecta la jeringa y la piel, y son suficientes en los más graves casos. No se pasará de 15 inyecciones.

Panas recomienda la solución de *biyoduro de mercurio* en aceite de olivas esterilizado al 1 por 200. Se hacen de 25 á 30 inyecciones. A causa de la frecuencia de las recaídas, el tratamiento mercurial deberá continuarse después de la curación. Se prescribirán, por ejemplo, dos series de 15 ó 10 fricciones con intervalos de quince días, tres semanas, un mes de descanso, y esto durante un año por lo menos.

Los *gomas* del iris se tratarán especialmente por las inyecciones intramusculares.

B.—*Iritis reumática, gotosa, blenorrágica.—Iritis de la menopausia.—Iritis serosa de las jóvenes.—Iritis metrítica.—Iritis por infección gastrointestinal.*—1.° La iritis que sobreviene en los individuos que han sufrido reumatismo agudo es muy á menudo una iritis *congestiva,* esto es, que hay poco exudado fibrinoso plástico y una fuerte inyección vascular. Esta inyección es tal, que en algunos enfermos la hinchazón pericorneal violácea permite hacer un diagnóstico ya á primera vista. Es muy dolorosa, pero fugaz, y recidiva fácilmente. El *salicilato de sosa*, los *baños de vapor*, los *purgantes*, constituyen la base del tratamiento. Se tendrá cuidado de proteger el ojo contra la acción del frío (torunda de algodón mantenida sobre los párpados con unos lentes abombados).

2.° En los gotosos se ve evolucionar la forma *plástica* con fenómenos congestivos variables. Lo propio ocurre en las mujeres en la época de la menopausia; pero es aquí más frecuente la forma *serosa*. Igual puede decirse de una forma de iritis grave que se observa algunas veces en jóvenes de doce á catorce años. Es una verdadera iridocoroiditis serosa, con depósitos abundantes en la cara posterior de la córnea y extensas sinequias iridocapsulares. Estos mismos accidentes se han observado en mujeres afectas de metritis, y la curación se ha obtenido con el tratamiento intrauterino.

En los blenorrágicos este tipo de iritis serosa es igualmente la regla.

El tratamiento local es evidentemente invariable en todos estos casos. En cuanto al tratamiento general, se procurará combatir la causa. Se recordará, con todo, que la iritis serosa la complica con bastante frecuencia el glaucoma, y será prudente combatir la tensión así que el enfermo aqueje una recrudescencia de dolores. En este caso se substituirá la atropina por la *eserina* ó la *pilocarpina*, y se hará de urgencia una *paracentesis* corneal con una aguja triangular provista de detentor.

Recientemente hemos observado una iritis plástica grave bilateral en una mujer afecta, desde hace poco, de catarro gastrointestinal persistente con fenómenos febriles. Se trataba evidentemente de una infección general. El tratamiento por los *purgantes* y la *antisepsia intestinal* mejoró el estado de la enferma, pero la iritis retrocedió lentamente.

C.—*Iritis supurativa.*—Es una complicación bastante frecuente aún de los traumatismos oculares. Puede ser consecutiva á una supuración corneal con perforación ó evolucionar á la par que esta afección, cuando un cuerpo extraño séptico (viruta de madera) ha penetrado en el ojo. A consecuencia de las operaciones sobre el ojo, no se observa casi nunca infección cuando sólo se ha operado sobre el iris (iridectomía). Pero cuando después de una extracción de catarata han quedado masas blandas en el ojo, tiene lugar un cultivo de los más virulentos dentro de estas masas, y puede presentarse la iritis purulenta de las veinticuatro á las cuarenta y ocho horas siguientes á la intervención, cuando ya se ha formado de nuevo la cámara anterior.

La iritis purulenta se detiene con bastante frecuencia evitándose la panoftalmía; pero sobrevendrá una modificación profunda del tejido iriano al que restan adosadas producciones fibrosas, restos de la inflamación. El cuerpo ciliar está más ó menos atrofiado, y el cuerpo vítreo alterado. Después de una operación de catarata podrá, pues, considerarse gran ventaja haber conservado el globo, y no se puede contar con el restablecimiento de la visión después de una iridotomía.

La indicación terapéutica consiste en dar salida á los productos sépticos. Está indicada una amplia paracentesis hecha con el cuchillo de de Græfe en el borde corneal superior.

Se han recomendado las inyecciones en la cámara anterior de *sublimado* al 1 por 2000 ó 1 por 5000. Nosotros no hemos logrado de ellas gran provecho. Se podrán, en cambio, hacer con probabilidad de éxito dos inyecciones subconjuntivales de sublimado ó mejor de *cianuro de mercu-*

rio al 1 por 2000 desde el primer día. Si la córnea está infectada, se cauterizará enérgicamente con el galvanocauterio.

Por último, se calmarán los dolores con *cataplasmas calientes* ó la aplicación *continua* sobre los párpados de una *vejiga de hielo* con interposición de una capa de algodón mojado. Al interior, *inyecciones de morfina* y *antipirina*.

III

Iridociclitis ó iridocoroiditis

Es la inflamación del cuerpo ciliar añadida á la del iris. La combinación de las dos afecciones es la regla en todos los procesos graves del iris. En la iritis sifilítica es frecuente observar, por detrás del cristalino, cuerpos flotantes negros, de origen ciliar. La iritis serosa es siempre una iridociclitis más ó menos grave; la misma coroides participa de la inflamación (linfangitis del ojo). La sífilis, el reumatismo crónico, las infecciones que sobrevienen en el curso de las metritis, de la menopausia son su causa habitual. Las formas serosa, plástica, purulenta se presentan como en la iritis simple. Es frecuente la participación de la esclerótica en forma de hinchazón violácea localizada.

El tratamiento no difiere del de las iritis de la misma naturaleza. Pero atendidas las frecuentes complicaciones glaucomatosas, se deberá vigilar la tensión. Nos limitaremos, en cuanto sea posible, á la paracentesis y á las esclerotomías. La iridectomía puede ir seguida de una tisis rápida del globo. Cabe únicamente en los períodos de calma para restablecer la comunicación de las dos cámaras.

La iridociclitis traumática (pinchazos, heridas incisas del cuerpo ciliar) reclama casi siempre la enucleación pronta para prevenir la oftalmía simpática.

La iridociclitis purulenta exige igualmente la enucleación. Si el cuerpo vítreo queda transformado en magma purulento, será recomendable el vaciamiento de la cavidad ocular previa amplia incisión con el bisturí. Se emplea para esto una ancha cucharilla cortante y se obtiene la ventaja de conservar un muñón favorable para la prótesis ulterior.

IV

Complicaciones de la iritis

En las iritis plásticas graves, se puede comprobar la aparición de un *hipopion* líquido, generalmente poco abundante y que no requiere tratamiento especial.

El *hipohema* se observa más especialmente en la iritis diabética y en los antiguos artríticos. La paracentesis no se practicará sino cuando la reabsorción tarde mucho tiempo en verificarse. Esta reabsorción espontánea es por otra parte la regla.

Los brotes *glaucomatosos* por obstrucción celular el ángulo iridocorneal pueden producirse en todas las formas de iritis, pero predispone muy especialmente á ello la iritis serosa. La *esclerotomía* ó una simple paracentesis corneal, que se puede repetir si es necesario, bastan generalmente y son preferibles á la iridectomía.

El glaucoma puede también sobrevenir en época tardía, cuando las sinequias han soldado completamente el borde pupilar á la cristaloides. El iris, rechazado hacia delante por el humor acuoso, se adosa á la periferia corneal y se presenta el glaucoma. La iridectomía es aquí de rigor.

V

Tumores del iris

Aparte de los quistes serosos del iris, que se respetarán en tanto no den lugar á fenómenos irritativos, no se observan casi más que los gomas ó la tuberculosis.

El tratamiento de los *gomas* consistirá sobre todo en las inyecciones intramusculares de sales mercuriales (cianuro). Se añadirá de 4 á 5 gramos de yoduro al día.

La *tuberculosis* se presenta en dos formas: tubérculos aislados, poco numerosos, sin considerable irritación iriana, ó tubérculos aglomerados en una masa inflamatoria que invade igualmente el cuerpo ciliar, y la esclerótica, que se hincha, toma un aspecto violáceo y se perfora, dejando escapar un fungus tuberculoso.

La tuberculosis discreta cura de ordinario espontáneamente, y no

cabe sino tratar la tuberculosis general, de la que es un síntoma, á menudo único.

En la forma grave se espera, para hacer la enucleación, á que la esclerótica perforada deje escapar el fungus debajo de la conjuntiva. Siendo los dolores muy moderados, no tiene ninguna ventaja apresurarse más. La ablación por iridectomía de tubérculos aislados en apariencia y voluminosos va generalmente seguida de recidiva.

VI

Oftalmía simpática

Todo ojo irritado por cualquier causa despierta en su congénere trastornos que se designan con el nombre de simpáticos. En el grado más ligero, se comprobará simplemente un poco de fotofobia, sensibilidad al aire, lagrimeo, blefarospasmo, neuralgias periorbitarias, astenopia acomodativa y aun fotopsias y la ambliopía histérica. Todos estos trastornos, puramente nerviosos, desaparecen con la causa que los produjera. Se agrupan con la denominación de *neurosis simpática*.

La oftalmía simpática verdadera está siempre constituída por una inflamación, que afecta, en la gran mayoría de casos, el iris y el cuerpo ciliar, más raramente el nervio óptico solo.

La iritis y la iridocoroiditis simpáticas pueden revestir la forma serosa ó plástica, esta última de un pronóstico bastante más grave que la otra.

La inflamación simpática es siempre consecutiva á una herida penetrante del otro ojo. El iris y el cuerpo ciliar han de haber sido infectados. Una contusión del globo sin ruptura, una úlcera de la córnea sin perforación, no provocan en modo alguno iritis simpática.

Los traumatismos del iris solo, sin propagación al cuerpo ciliar; las adherencias del iris con la córnea á consecuencia de úlceras de esta membrana (leucomas adherentes) no originan la oftalmía simpática. Desconfíese de las heridas penetrantes estrechas (por pinchazo de pluma, de puntas de tijera) que afectan el iris, el cristalino y á menudo se prolongan hasta el cuerpo ciliar. Cuando al traumatismo han seguido durante semanas fenómenos de iritis, se debe pensar en la posibilidad de una transmisión simpática.

Las heridas verdaderamente más peligrosas son las de la región ciliar, sean estas heridas quirúrgicas (incisión demasiado periférica del

procedimiento de extracción de la catarata conforme á de Græfe) ó accidentales, y no es necesario que el cuerpo ciliar forme hernia hacia fuera para que ocurra la infección profunda.

Si esta infección va acompañada de inflamación supurativa, de panoftalmía, se alejará el peligro de la propagación simpática. Unicamente la iridociclitis sorda, de marcha insidiosa y de origen traumático, debe inquietar al médico.

La transmisión no suele verificarse antes de la tercera semana siguiente al traumatismo, y el peligro ha casi desaparecido después de quince meses. Pero no debe olvidarse que un ojo traumatizado de antiguo puede sufrir recaídas de iridociclitis en apariencia espontánea. El riesgo de propagación es entonces, sin embargo, bastante menor que después de una herida reciente.

Este peligro de las recaídas de iridociclitis sordas debe tenerse en cuenta para juzgar de la oportunidad de operar en ojos traumatizados. Nunca se deberá intervenir en un ojo todavía inflamado ó doloroso, ni para extraer masas blandas, ni para una simple iridectomía. Nosotros hemos visto diversos casos de extracción prematura de membránula en ojos operados de catarata con complicación de iritis ocasionar una inflamación más ó menos grave del otro ojo. Se tendrá la misma reserva para las iridectomías ópticas en ojos afectos de heridas penetrantes de la córnea con adherencias irianas, sobre todo si la herida es periférica.

Por el temor de abrir una puerta á la infección exterior, deberemos abstenernos de toda operación en los casos de ruptura *subconjutival* de la esclerótica á consecuencia de contusiones del globo, aunque el cristalino esté enclavado en los labios de la herida escleral.

En caso de herida de la región ciliar, la preocupación constante del médico ha de ser prevenir la infección de origen conjuntival. Se desinfectará, pues, la conjuntiva y se aplicarán puntos de sutura de catgut fino, que atraerán fuertemente la conjuntiva por delante de la herida. Estas heridas de la esclerótica, por ser casi siempre oblicuas y anfractuosas, es difícil su unión por sutura, exponiéndose á llevar la infección más hacia adentro.

La extracción de los cuerpos extraños voluminosos no ofrece evidentemente ninguna dificultad; pero en caso de que haya entrado en el interior del ojo una pequeña partícula de metal del que sea imposible precisar la posición, nos parece que en vez de exploraciones profundas es preferible abstenerse. Así se procederá con los perdigones que rebotan á menudo contra la cara interna de la cáscara ocular.

Aunque la oftalmía simpática sea una afección rara, dado el gran

número de ojos afectos que se observan, no debe el médico olvidar nunca esta temible complicación. Es necesario, sin duda, gran experiencia para apreciar los casos dificultosos que se ofrecen á menudo en la práctica. Intentaremos con todo formular algunas reglas.

Ante todo, consideramos que todo ojo con una herida penetrante profunda, ancha, de la región ciliar, con hernia del cuerpo ciliar, debe considerarse perdido para la visión. Para descargo de conciencia, puede intentarse aplicar suturas; pero si al cabo de unos quince días existen accidentes de iridociclitis, se hará bien de proponer la enucleación.

La enucleación nos parece igualmente aconsejable siempre que un ojo, afecto en la región ciliar, sigue rubicundo y doloroso durante varias semanas y no percibe sino vagamente la luz.

No se está autorizado para enuclear un ojo lesionado en la región ciliar, si conserva todavía visión suficiente para que el enfermo pueda guiarse, aun cuando se llegara á perder el congénere por oftalmía simpática, pues que es imposible detener con seguridad la oftalmía propagada, y se han dado casos en que, habiéndose perdido el congénere, el ojo simpatizador (lesionado) ha conservado una visión suficiente.

Se enuclearán, sin vacilación, todos los muñones dolorosos. Es un servicio que se presta al enfermo y la prótesis puede beneficiar con ello.

Hasta aquí hemos hablado siempre de *enucleación*. Desechamos en efecto completamente la *evisceración* y la resección *ópticociliar*. La primera es muy enojosa por la irritación prolongada del muñón; además, este muñón es muy pequeño, y no contamos con todas las seguridades para el porvenir. La resección ópticociliar va algunas veces seguida de hemorragias orbitarias graves, de esfacelo corneal; por último, tiene en su pasivo casos de oftalmía simpática, sobrevenida al cabo de quince días á tres semanas (Trousseau).

Cuando se haya declarado la oftalmía simpática, la enucleación del ojo afecto se hará si este ojo no tiene ya visión, y se instituirá el tratamiento general de la iritis grave: fricción de *ungüento napolitano* en las articulaciones, *calomelanos* á dosis refractas ó inyecciones intramusculares de *cianuro de mercurio* al 1 por 100 (1 centímetro cúbico al día; quince á veinte inyecciones).

Se podrán probar igualmente las inyecciones subconjuntivales de cianuro de mercurio al 1 por 2000; pero nos han parecido poco eficaces.

La curación de una oftalmía simpática de forma serosa se obtiene bastante fácilmente. No así en la forma plástica, cuyo pronóstico es muy sombrío.

VII

Operaciones que se practican en el iris

A. — IRIDECTOMÍA

Es la operación más frecuentemente practicada, ya para crear una pupila nueva por estar la antigua obturada ó velada por una mancha, ya para curar el glaucoma. Describiremos, pues, la iridectomía óptica y la iridectomía *antiglaucomatosa*.

1.º Iridectomía óptica

Se practica más especialmente en los casos de mancha corneal. No debe, sin embargo, creerse que baste practicar una brecha iriana al lado de una mancha corneal para que mejore la visión. Algunas veces ocurre lo contrario, y á menudo los enfermos se ven muy molestados por el deslumbramiento resultante.

Los casos más favorables son los leucomas opacos de la córnea. Una iridectomía estrecha, hecha, si se puede, por abajo y adentro, da buenos resultados. Si el leucoma está complicado de adherencias irianas y existe tendencia al glaucoma, se hará una ancha iridectomía.

Los nefelions ligeros del centro de la córnea no indican en modo alguno la creación de una pupila artificial: el resultado generalmente es malo (deslumbramiento). En semejante caso, si la agudeza visual está notablemente reducida, lo mejor es comenzar por un tupido tatuaje de la mancha á fin de hacerla opaca; se practica en seguida una iridectomía estrecha por abajo y adentro.

Para la iridectomía óptica, estrecha, el mejor instrumento es la *aguja ancha* inglesa, diminutivo de la *pica* que no pica nunca.

Previa cocainización antiséptica, se aplica el separador externo (separador de Panas). Con una pinza de finos y múltiples dientes de ratón sujetada con la mano izquierda, se hace presa en la conjuntiva en la proximidad del limbo corneal, á poca distancia del punto en que se hará la incisión. Esta se verificará en la unión del limbo y de la parte transparente. Se hará por *punción* ampliándola por *sección* con los bordes cortantes de la aguja, cuya punta se dirigirá á la cara posterior de la córnea. El iris, arrastrado por el humor acuoso, forma á menudo hernia

hacia fuera. Se coge con una fina pinza de dientes y se escinde de un tijeretazo dirigido en el sentido de un radio corneal, de modo que se escinda la menor cantidad posible de tejido iriano. La brecha resulta siempre, en efecto, demasiado ancha. Lo mejor sería *incindir* simplemente el diafragma herniado y reducirlo; pero esto expone á una mala reducción y á accidentes glaucomatosos graves, como hemos visto de ello un ejemplo.

2.° Iridectomía antiglaucomatosa

Deberá ser tan ancha como sea posible, abriendo la brecha en alto para evitar el deslumbramiento (salvo el caso en que la iridectomía deba ser al mismo tiempo óptica).

El instrumento de elección es aquí el cuchillo de Græfe, estrecho, que es el único que puede entrar sin peligro en una cámara anterior estrecha. La incisión se hace por punción y contrapunción en el limbo. Tendrá de 5 á 6 milímetros de longitud. Se cogerá el iris con una pinza fina, que se abrirá ampliamente dentro de la cámara anterior. Las pinzas-tijeras cortarán el iris arrastrado hacia fuera, perpendicularmente al radio corneal; se obtiene así una incisión ancha. Con una espátula se reducirá el iris en los ángulos.

Después de la incisión corneal, sujetará el ojo un ayudante con la pinza de fijar; pero es prudente evitar toda presión sobre el globo so pena de provocar una subluxación del cristalino.

B.—IRIDOTOMÍA

Esta operación no se practica sino después de la extracción de la lente. Se propone seccionar el diafragma iriano junto con la cápsula cristalina, unidos entre sí por exudados inflamatorios. Siendo el iris generalmente atraído de abajo arriba hacia la cicatriz, la iridotomía será transversal para obtener un máximum de separación de los labios de la incisión. Se abre la cámara anterior por punción en el limbo con la aguja inglesa; se introducen luego las pinzas-tijeras, cuya rama inferior, puntiaguda, perfora el diafragma iriano y penetra en el cuerpo vítreo.

CAPITULO XII

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL CRISTALINO

POR

E. KALT

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. P. NUBIOLA Y ESPINÓS

I

Catarata

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

1.° La opacidad de la lente se revela generalmente por el color blanquizco bien conocido que toma la pupila. Pero no siempre es así. La catarata esclerósica, negra, aun cuando es completa, aparentemente, obstruye muy poco el orificio pupilar. La refringencia especial del cristalino senil da á menudo un reflejo grisáceo, que toman los inexpertos por catarata, con gran asombro de los pacientes, quienes aseguran que su visión es aún muy buena. Las cataratas zonulares de los niños, la catarata cortical posterior, tampoco se distinguen sino después de la dilatación de la pupila. A menos de que se trate de una catarata blanca, gruesa, será prudente no dar por firme el diagnóstico hasta después de un examen con la luz oblicua ó transmitida por medio del espejo oftalmoscópico.

2.° La *iluminación oblicua* practicada con una lente de 15^D permite penetrar en el espesor de la lente y reconocer, no sólo la existencia, sino también la situación de las opacidades. Una dilatación pupilar ligera, tal como se obtiene al cuarto de hora de haber instilado una gota de cocaína al 5 por 100, facilita mucho el examen.

Se recordará que la cristaloides anterior está situada inmediatamente

detrás del plano del orificio pupilar. Desde este punto, las masas cristalinas se extienden hacia atrás en una profundidad de $4^{mm},5$ aproximadamente, tanto en el niño como en el adulto. Una fuerte dilatación pupilar, cual la proporcionaría la atropina, no permite ver el contorno ecuatorial del cristalino, á no ser que la lente esté dislocada. En los viejos no afectos de catarata, el cristalino presenta, como hemos podido observarlo, un reflejo blanquizco ligero que es normal á esta edad. Hacia el ecuador aparecen igualmente una serie de estrías blancas dispuestas en corona; es *el arco senil*, que no tiene más importancia que el gerontoxon corneal.

Las opacidades verdaderas se presentan en forma de nubecillas coposas blanquizcas diseminadas por el espesor de las capas corticales por delante y por detrás del *núcleo*, parte central del cristalino que se endurece tanto más cuanto más avanza el hombre en edad, por cuya razón no se opacifica ya á partir de treinta y cinco á cuarenta años. Este endurecimiento ó esclerosis se manifiesta á menudo muy claramente por un aspecto rojizo especial.

Cuando las manchas blanquecinas invaden sólo las capas medias del cristalino, se reconoce perfectamente que existen todavía masas transparentes que las separan del plano pupilar, esto es, de la cristaloides. La cataratación es entonces *incompleta*.

Otras veces las manchas blanquecinas son poco abundantes, pero la lente parece estriada de rayos grisáceos de longitud desigual, surgiendo de la periferia. Este aspecto es frecuente en el ojo miope, en el que la madurez completa después de opacificación total es siempre tardía.

En los miopes igualmente, y en los casos de coroiditis de marcha lenta, las capas corticales posteriores son únicamente las que se empañan; de aquí el aspecto de una superficie blanquizca, cóncava hacia adelante, situada aproximadamente á 4 milímetros por detrás de la pupila.

Un acúmulo de pequeñas cáscaras grisáceas, tocándose por sus bordes y conteniendo en su interior la parte central del cristalino, constituye la imagen de la catarata zonular congénita.

La iluminación oblicua revela igualmente las opacidades capsulares de un blanco cretáceo, dependiente del epitelio capsular anterior; las opacidades azuladas, en forma de puntos, de la catarata punteada; la prominencia blanca, cónica, de la catarata piramidal. Acentuará el reflejo rojo obscuro de las cataratas esclerósicas, en que las opacidades blancas son poco marcadas. Es imposible, por último, que escapen las sinequias irianas, síntoma que hará pensar siempre en la posibilidad de lesiones análogas coriorretinianas.

3.° *Examen con la luz transmitida.*— El espejo oftalmoscópico *cóncavo* da demasiada luz. Mantenido á la altura de la mejilla del observador, servirá, no obstante, para comprobar la existencia ó la falta de la pequeña imagen de Purkinje revelada por la cristaloides anterior. Esta pequeña imagen azulada, marchando en sentido inverso al espejo, permite ante todo afirmar que el cristalino se halla en su lugar (comprobación que no siempre es fácil). La menor opacidad ensancha y suaviza el contorno de la imagen, dato precioso en las cataratas *duras*, transparentes.

Con el espejo *plano*, las opacidades cristalinas se dibujan en obscuro sobre el fondo rojo del ojo. Ninguna podrá escapar á la observación y es muy fácil seguir la marcha progresiva del trastorno hasta la opacificación total.

B. — ¿EN QUÉ MOMENTO ESTÁ MADURA UNA CATARATA?

En la catarata senil ordinaria de masas blancas, esta apreciación es fácil. En efecto, vemos primero aparecer las opacidades blanquizcas; estas opacidades se hacen poco á poco confluentes y llegan á ponerse en contacto con la cristaloides anterior. Al mismo tiempo la lente absorbe agua, se hincha; la cámara anterior disminuye. En este grado, la catarata es operable y las masas blandas se desprenderán fácilmente de la pared interna del saco capsular; pero por efecto de su viscosidad será difícil hacer una limpieza completa. Muchas de ellas quedarán detrás del iris ó en la cámara anterior.

Esperemos aún dos, tres meses y hasta más. El cristalino va readquiriendo su primitivo volumen y tenderá hasta á disminuir. La profundidad de la cámara anterior seguirá paralelo desarrollo. De blanco brillante, las masas cristalinas se han hecho más grises; se observará aún un matiz algo más rojo en la zona nuclear. Son igualmente más compactas y tendrán tendencia á salir en bloque. La limpieza tiene la probabilidad de ser mucho más completa que en el período precedente.

Si se deja la catarata abandonada á sí misma, la desecación progresiva acarreará un encogimiento de la cápsula. Las pequeñas cuerdas de la zona de Zinn, fuertemente estiradas, se romperán fácilmente durante las maniobras de extracción, y de aquí subluxación ó luxación completa de la lente y salida del cuerpo vítreo. Este accidente será tanto más de temer cuanto que las presiones deberán ser fuertes para llevar al exterior el contenido endurecido del saco capsular.

Diremos, pues, que una catarata semiblanda, ó senil ordinaria, está madura cuando las opacidades han llegado al contacto con la cristaloides anterior y que la cámara anterior ha recobrado su profundidad normal. Es la mejor ocasión para operar.

La catarata *dura* se reconoce por el reflejo rojizo del núcleo y el aspecto obscuro que toma, á la luz transmitida, el fondo rojo del ojo. La visión se ha aminorado progresivamente desde dos á tres años; pero en general, el enfermo continúa pudiendo contar los dedos á la distancia de 1 metro. La ambliopía no es nunca tan considerable como en la variedad precedente.

Al lado de estos tipos corrientes se ven otros de apreciación mucho más difícil. Son las cataratas punteadas, las cataratas que ofrecen opacidades secas, obscuras sobre fondo rojo, frecuente esta última variedad en los miopes, como las corticales posteriores. Se puede, en general, decir que la presencia de un sembrado de puntos grisáceos en las capas que han quedado transparentes autoriza la extracción en los casos de catarata con núcleo rojizo ó de catarata cortical posterior (A. Græfe). Se hará bien, con todo, de tener en cuenta la edad del sujeto. Por bajo de los cincuenta años, es muy probable encontrar masas viscosas. Aun cerca de los sesenta años, nos ha ocurrido no poder extraer sino una pequeña parte de la lente.

Nunca se será demasiado prudente en la apreciación de la oportunidad de una operación, puesto que, con sobrada frecuencia, un enfermo que podría aún ir tirando, ha perdido, á consecuencia de una operación incompleta, la poca visión que le quedaba.

C. — TRATAMIENTO

1.° Preparativos y cuidados

A. — *Antisepsia preoperatoria.* — Si se puede casi impunemente abrir la cámara anterior sin peligro de infección cuando no se toca al cristalino, no puede decirse así cuando se abre al mismo tiempo el saco capsular. Las masas cristalinas que quedan en el ojo constituyen un magnífico caldo de cultivo, y no es raro observar la aparición de la queratitis, la iritis, la hialitis purulenta de las veinticuatro horas á los tres días, y aun más tarde, después de una extracción de catarata.

Antes de la antisepsia, la proporción de supuraciones era de un 5 á 10 por 100 de operados, y la facilidad con que se infecta la córnea

inspiró á de Græfe la idea de hacer en la esclerótica la incisión que todos los operadores, desde Daviel, practicaban en la córnea. Actualmente, la proporción de supuraciones en la extracción simple parece variar de 0,5 á 2 por 100.

Ya hemos expuesto en el capítulo «Desinfección de la conjuntiva» los procedimientos que parecen dar mejores resultados. Como es imposible, con los antisépticos empleados actualmente, obtener otra cosa que una desinfección *relativa*, se procurará no irritar el ojo con fricciones demasiado enérgicas ó soluciones cáusticas. Se cuidará de obtener la oclusión rápida de las heridas operatorias por una sección bien ejecutada, y sobre todo evitar la infección del ojo introduciendo instrumentos (cucharillas, etc.) que hayan estado en contacto con las partes exteriores, aun previamente *desinfectadas*.

B.—*Anestesia.*—La solución de *clorhidrato de cocaína* al 5 por 100 da una anestesia absoluta de la córnea; pero el iris no participa de ella. Sería imprudente inyectar esta solución en la cámara anterior á causa de su acción deletérea sobre los tejidos.

Se reducirá, pues, á dos instilaciones con cinco minutos de intervalo; se desinfectará entonces el ojo ya insensibilizado y se instilará una última gota de cocaína en el momento de comenzar la operación.

El *cloroformo* no está indicado más que en los niños enteramente indóciles. Durante la anestesia los globos oculares están convulsos hacia arriba, y la tracción que se debe ejercer para bajar el ojo expone á la salida del cuerpo vítreo.

C.—*Posición de los operados.*—Los enfermos permanecerán siempre acostados. Se puede arreglar una cama de operación muy suficiente con una cama de hierro en la que se ponen varios colchones. El enfermo queda así bien al alcance de la mano, esté el cirujano sentado ó de pie. El enfermo permanecerá acostado durante los primeros días.

Se recomienda dejar á los enfermos acostados durante cuatro días después de una extracción de catarata. Del cuarto al octavo día, podrán sentarse diariamente en un sillón, pero sólo de dos á tres horas. Se levantan definitivamente el octavo día.

Se deja aplicado generalmente el apósito sobre los dos ojos durante los cuatro primeros días. Se descubre el ojo no operado al quinto día. El apósito lo cambian unos cada día, otros dejan la primera cura aplicada durante tres ó cuatro días.

Son muchos los que evitan examinar el ojo antes del cuarto día, á no ser que el enfermo aqueje dolores.

Desde que practicamos sistemáticamente la sutura corneal después

de la extracción, hemos visto disminuir de un modo notable el número de hernias irianas. Nos limitamos, pues, á cubrir el ojo operado, pero recomendando que el enfermo mantenga su otro ojo cerrado á fin de evitar los movimientos de los párpados y los frotes con el apósito. Se levantan desde el día siguiente de la operación. Al cabo de veinticuatro horas quitamos el apósito, y sin ejercer la menor violencia sobre los párpados, hacemos abrir los dos ojos. Es entonces fácil darse cuenta del estado de la herida, en la que constituye la principal complicación la hernia del iris: esta hernia se produce generalmente del primero al tercer día. Cuando ya se ha formado de nuevo la cámara anterior, se instila una gota al día de *sulfato de atropina* á $0^{gr},05$ por 10 gramos.

D.—*Apósito.*—Se evitará el empleo de las gasas antisépticas con *yodoformo*, *salol*, *sublimado*, que pueden producir un eritema vesiculoso de los párpados.

Se empleará preferentemente la gasa hidrófila simple, esterilizada en la estufa seca. Cuatro capas de tejido bastan. Se coloca por encima algodón hidrófilo esterilizado teniendo cuidado de llenar bien las depresiones que rodean el globo. Toda presión fuerte sobre el globo es dolorosa y expone á la hernia iriana. Se aplica luego un monóculo hecho con una venda de algodón elástico, de crespón de Velpeau, de tarlatana mojada, etc., y se evita cuidadosamente apretar las vueltas del vendaje.

E.—*Colirios.*—Los colirios de *cocaína* y de *atropina* habrán sufrido la ebullición durante diez minutos. Es útil agregar una pequeña cantidad de *ácido bórico* (3 por 100) ó de *alcanfor*.

F.—*Instrumentos.*—Sometidos á la ebullición durante diez minutos en una solución de *carbonato de sosa* al 2 por 100.

G.—*Preparación del enfermo.*—Un baño la víspera con limpieza de la cabeza con jabón. Ligero purgante. Si hay glucosuria ó albuminuria, la operación no está contraindicada más que en caso de mal estado general. El tratamiento general ha de establecerse con varias semanas de anticipación.

H.—*Preparación del ojo que se ha de operar.*—Algunos oftalmólogos hacen una desinfección de la conjuntiva y de los párpados la víspera de la operación, y aplican un apósito seco ó húmedo para impedir una contaminación ulterior. Estas precauciones las consideramos ilusorias, pues que, en la mayoría de las personas, el borde libre de los párpados está fuertemente infectado.

Las conjuntivitis y las dacriocistitis, el ectropion, habrán sido tratados durante varias semanas antes de practicar la operación.

2.° Métodos operatorios

El cristalino catarático puede ser separado por discisión y desmenuzamiento, con reabsorción ulterior de los fragmentos por los elementos fagocíticos del ojo; —por extracción; —por depresión y dislocación dentro del cuerpo vítreo. Estando esta última operación completamente abandonada, no nos entretendremos en describirla.

A. — DISCISIÓN

1.° *Manual operatorio.* — Previa dilatación de la pupila por la atropina, y aplicación del separador externo, es cogido el globo con la pinza en la proximidad del limbo. La aguja de discindir es introducida por el punto medio de un radio corneal, perpendicularmente á través de la membrana, se baja luego el mango y se pasea la punta sobre la cristaloides de modo que la desgarre en una longitud de 3 á 4 milímetros. Se evitará alcanzar la lente, lo que ocasionaría una subluxación.

Se retira en seguida la aguja y se aplica el apósito. Atropina todos los días y vigilar atentamente la tensión, que puede hacerse glaucomatosa. Se suprimirá el apósito así que haya desaparecido la irritación ciliar, generalmente al cabo de cuatro ó cinco días.

2.° *Indicaciones.* — *a*) *Las cataratas blandas de la infancia.* — La abertura de la cristaloides coloca las masas opacificadas al alcance de los fagocitos que provienen de los vasos del tractus uveal. Estas masas hinchadas se reabsorben poco á poco. Al cabo de seis semanas, si quedan masas blandas, se puede repetir la operación.

b) Las *cataratas zonulares,* cuyas capas corticales permanecen transparentes. — La opacificación é hinchazón de estas masas permitirá extraerlas al cabo de algunos días. Esta extracción es generalmente exigida por los fenómenos glaucomatosos que la hinchazón de las masas blandas provoca hacia el cuarto ó quinto día.

Las cataratas zonulares no deben operarse sino cuando el diámetro de la opacidad central pasa de 4 milímetros. Si no, se limitará á practicar una iridectomía óptica.

c) Las *cataratas de evolución lenta de los adultos*, cuando el enfermo tiene que aguardar varios años antes que la madurez se consiga. — Salvo en las cataratas blandas, sin núcleo, de los niños, la extracción deberá seguir siempre á la discisión. Pero la presencia de un núcleo

en los niños no es rara. Además, estas masas inertes que llenan la cámara anterior disponen al glaucoma, constituyen un caldo muy favorable á los microbios, cuya penetración es, á pesar de todo, muy frecuente. De aquí accidentes de iritis, de ciclitis, etc.

La discisión debe, pues, considerarse una operación de *necesidad*, que no se practicará sino con el fin de preparar la extracción de las cataratas incompletas. Las cataratas blandas de los niños se tratarán *todas* por la extracción inmediata (operación de Travers).

B. — EXTRACCIÓN

Es el método de elección, y el honor de su descubrimiento corresponde por completo á Jacques Daviel (1753).

Se aplicará á todas las formas de catarata; pero la incisión de la córnea será proporcional al volumen de las masas que se han de extraer. Es evidente que faltando el núcleo, ó si éste está enteramente reducido (cataratas morgagnianas, cataratas traumáticas en los sujetos de menos de treinta años), la abertura podrá ser notablemente inferior á la necesaria para el paso de un cristalino todo él esclerosado. De aquí dos variedades: la extracción *lineal simple* y la extracción *á gran colgajo*.

Consideramos inútil describir aquí la extracción lineal modificada, imaginada por de Græfe en una época en que una proporción de 10 por 100 de panoftalmías impelía á los cirujanos á buscar en la esclerótica un terreno menos favorable á la supuración. Esta operación está en la actualidad completamente abandonada, y se ha podido decir que el cuchillo de Græfe queda como único recuerdo.

C. — EXTRACCIÓN LINEAL SIMPLE

1.° La incisión es llamada lineal porque el plano de la sección corneal pasa por el centro del globo. Lo que se hace es, pues, un *ojal*.

2.° *Manual operatorio.* — Se emplea una pica triangular ó el cuchillo de Græfe estrecho. Pupila dilatada por la atropina.

La incisión se hace arriba. Tiene una longitud de 6 milímetros y su punto medio se halla á 2 milímetros del borde corneal. Es, pues, el trazado de una cuerda con relación á la circunferencia corneal, exceptuando que los extremos de la cuerda no se prolongan hasta esta circunferencia.

Se hace la punción perpendicularmente con la pica á 2 milímetros por encima del borde corneal superior; luego se baja el mango corriendo

paralelamente al iris. El instrumento es retirado suavemente y fluye el humor acuoso. En este primer tiempo, se podría picar la cristaloides con la punta y hacer al mismo tiempo la discisión; pero es más seguro hacer la quistitomía, en un segundo tiempo, con el quistitomo especial, que se insinúa por la herida. Las masas blandas forman en seguida hernia en la cámara interior, y basta deprimir el labio superior de la herida para verlas salir fuera, así como el núcleo, si existe. Algunas presiones suaves sobre la parte inferior del globo permitirán acabar la limpieza. Si se ha operado con prudencia, tratándose de un sujeto sosegado (los niños se cloroformizarán), la pupila aparecerá negra y limpia. De otro modo nos exponemos á la luxación del cristalino y á la salida del cuerpo vítreo.

En caso de luxación del cristalino, se practicará una pequeña iridectomía y se irá en busca del núcleo con una cucharilla. El cuerpo vítreo prolapsado se seccionará al ras de la herida de un tijeretazo con la pinza-tijera.

Una complicación bastante frecuente en los niños que forcejean una vez despiertos, es la hernia del iris. Por esto tenemos la costumbre de aplicar una sutura corneal destinada á aproximar los labios de la herida. Esta sutura se coloca *antes* de hacer la incisión. (Véase Extracción á gran colgajo).

Cuando se haya formado nuevamente la cámara anterior, se instilará atropina todos los días hasta la curación.

Para favorecer la salida de las masas blandas viscosas (cataratas traumáticas), se ha propuesto servirse de un aspirador especial (aspirador de Redard), constituído por una cánula plana, que se introduce por delante de las masas que han de aspirarse. Esta cánula es llevada por un tubo de vidrio que sirve de mango, y el otro extremo del tubo va unido á otro de caucho con una embocadura que se coge con la boca. Hemos quedado poco satisfechos del empleo de este instrumento y, en los casos difíciles, no nos ha parecido más útil que la simple cucharilla.

3.° *Indicaciones.*—Todas las cataratas de la infancia, con ó sin núcleo; las cataratas de individuos de menos de treinta años. Las cataratas traumáticas hasta los treinta y cinco á cuarenta años se tratarán por el mismo procedimiento.

D. — EXTRACCIÓN Á GRAN COLGAJO

1.° *Manual operatorio.*—Separador externo; nada de atropina. El cirujano se coloca detrás de la cabeza del paciente para el ojo derecho; á

la izquierda del paciente para el ojo izquierdo. El globo es fijado del lado interno con una pinza llevada con la mano izquierda. Se recomienda al enfermo que mire hacia sus pies.

La *incisión* recae en la mitad superior de la córnea, de la que se desprenden aproximadamente los dos quintos, esto es, que la punción y la contrapunción se verificarán aproximadamente á 1 milímetro por encima del diámetro horizontal. Esta sección corre por la parte transparente de la membrana inmediatamente cerca de la parte intermedia ó *limbo*. No hay, pues, ni salida de sangre, ni colgajo de conjuntiva desprendido.

La sección se hace con un cuchillo de Græfe de milímetro y medio á lo más de ancho. El paso del cuchillo ha de ser bastante rápido para que, fluyendo el humor acuoso, no tenga tiempo el iris de ir á colocarse sobre el borde cortante de la hoja como acontece cuando hay vacilaciones y tiempos de espera. La hoja describirá dos movimientos de arco y no de sierra á fin de obtener una sección limpia.

Hecha la sección, se quitará el separador con las debidas precauciones.

2.° *Abertura de la cápsula.*—Algunos operadores prefieren abrir la cápsula con la punta del cuchillo después de la punción. La única ventaja está en no tener que introducir un nuevo instrumento en la cámara anterior. La objeción puede tener algún valor con respecto á la asepsia; pero esta maniobra expone á la subluxación del cristalino esclerosado en su totalidad, y á la salida brusca del cristalino y del cuerpo vítreo al fin de la sección, si el enfermo, como acontece á menudo, contrae bruscamente sus párpados. Mejor es, pues, *rayar* la cristaloides con la punta fina de un discisor de Græfe. Una brusca salida de la lente hacia la córnea y una dilatación pupilar ligera indican ordinariamente que se ha abierto la cápsula.

3.° *Extracción.* — El índice izquierdo levanta ligeramente el párpado superior y por su intermediación aprieta el globo, mientras que se aplica en la parte baja de la córnea un instrumento obtuso, romo, una cucharilla, por ejemplo. (El párpado inferior es separado igualmente por un ayudante). Una presión graduada y progresiva de las dos manos determina la salida del núcleo seguido de las masas blandas. La presión deberá prolongarse suficientemente para hacer salir todas estas masas, aun con riesgo de determinar una hernia iriana, fácil, por otra parte, de reducir. Se ha de procurar, pues, obtener del *primer golpe* una limpieza *completa* del campo pupilar. Si, no obstante, quedaran partes blandas, será mejor rechazarlas progresivamente hacia fuera por medio de masajes ejercidos con el pulgar de la mano derecha sobre la parte baja de la córnea, á

través del párpado inferior. Esta forma de limpieza la consideramos preferible á la introducción de la cucharilla, que expone á infectar el iris; pero se procurará evitar que el borde de los párpados, sospechoso siempre de contaminación, se ponga en contacto con la herida.

El iris se colocará en su lugar por medio de fricciones del párpado superior sobre la parte alta de la córnea; si no reingresara, será conveniente reducirlo con una espátula de plata ó con el extremo de una cucharilla desinfectada. La pupila debe ser ahora circular; si no lo es, será necesario hacer la iridectomía para evitar una hernia en el transcurso de las primeras veinticuatro horas.

La instilación de colirio de eserina (hervido) á $0^{gr},05$ por 10 gramos no suele ya emplearse.

No falta más que limpiar los párpados y el globo con una torunda de algodón humedecido y aplicar el apósito.

El apósito es generalmente binocular y se renueva todos los días. El cuarto día, se cubre sólo el ojo operado y el enfermo puede levantarse un poco. Se instila diariamente atropina una vez que se ha restablecido la cámara anterior. Al cabo de ocho días, el ojo quedará protegido únicamente por unos lentes cóncavos, obscuros, cubiertos, en el lado operado, por un trozo suelto de tafetán negro. Se suprimirá esta protección así que haya desaparecido toda inyección periquerática.

4.° *Accidentes en el curso de la operación.*

a) *Accidentes inmediatos.*— El iris puede aplicarse sobre el cuchillo en el curso de la queratotomía. No hay motivo para detenerse, aunque se desprenda un fragmento del diafragma.

Se produce en el curso de la discisión una subluxación del cristalino (que deja ver, por el lado, el fondo *negro* del ojo). Este accidente acontece á menudo en las extracciones de cataratas esclerósicas ó muy antiguas. Se intentará, con todo, por medio de presiones discretas, llevar la lente hacia fuera. Si se ve aparecer en el primer momento el cuerpo vítreo, se practicará, sin ejercer ninguna presión sobre el globo, una iridectomía y se introducirá el asa fenestrada de Taylor en el cuerpo vítreo, por detrás de la lente, que se llevará vivamente afuera. Con hábito, se logra hacer muy escasa la pérdida de cuerpo vítreo.

b) *Accidentes consecutivos.* — Los principales son la hernia del iris y la infección.

α. La *hernia* se produce generalmente en las primeras cuarenta y ocho horas. Es aún de temer después de cerrada la herida, cuando una presión intempestiva abre la tierna cicatriz y hace salir del ojo una oleada de humor acuoso.

Para prevenir la hernia, nosotros practicamos desde hace dos años sistemáticamente la sutura de la herida corneal. Con un porta-agujas sin muesca de detención y una aguja curva *muy fina* y bien afilada, provista de seda negra muy tenue, esterilizada en la estufa, colocamos, *antes de la queratotomía*, un primer punto de sutura *vertical* y *superficial* en la parte alta de la córnea. (Debe quedar justo bastante lugar para el trazado de la incisión). Luego un segundo punto de sutura *transversalmente* en el limbo, por encima del primero. El asa del hilo se inclina hacia adentro y no estorba en absoluto la operación. Salida la lente y acabada la limpieza de la herida, no falta sino cerrar la sutura tirando del cabo de hilo de *arriba* y hacer un doble nudo. Bien ejecutada, la sutura procura una coaptación perfecta y no se aflojará hasta los cuatro ó cinco días. La molestia ocasionada por el nudo es insignificante. El octavo día, la sutura aflojada se corta á pequeños golpes con unas tijeras cortas de hojas resistentes. No se emplea ninguna pinza más que para quitar el hilo manifiestamente cortado; de otro modo nos expondríamos á abrir la cámara anterior.

En más de 200 cataratas operadas con sutura, no hemos contado más que un 3 por 100 de hernias en vez del 8 por 100.

Desde el día siguiente á la operación, examinamos el ojo, y si hay una hernia en el punto de la sutura, la escindimos inmediatamente. La escisión es tanto más fácil cuanto más pronto se verifica. La sutura garantiza el ojo contra la hernia del cuerpo vítreo en el momento de la iridectomía. Cuando en el curso de la operación ocurre una salida de cuerpo vítreo, la sutura, apretada sin descubrir el globo, permite reducir el iris, coaptar los labios de la herida y acabar aún la extracción de fragmentos cristalinos.

β. *Infección.*—Comienza por la córnea ó por el iris y se manifiesta por dolores neurálgicos. La infiltración purulenta de la córnea se combatirá en seguida por toques de galvanocauterio. Para la iritis, se hará una paracentesis de la cicatriz, precedida de una inyección subconjuntival de IV gotas de sublimado ó mejor de cianuro de mercurio al 1 por 2000. Las mismas inyecciones se harán en los casos de queratitis.—Si la tensión del ojo lo permite, se instilará atropina.

E.—EXTRACCIÓN Á GRAN COLGAJO CON IRIDECTOMÍA

La iridectomía verificada después de la queratotomía facilita la limpieza de las partes blandas y debería precavernos contra los enclavamientos del iris. En realidad, estas ventajas son poco marcadas; si no hay

enclavamientos en masa, ocurren pellizcamientos del iris en los ángulos de la herida y enclavamientos de la cápsula cristaliniana, aún más peligrosos.

Se practicará con todo en los siguientes casos:

Sinequias irianas antiguas; hernia inmediata del iris é imposibilidad de obtener una reducción completa con pupila redonda; catarata incompleta; subluxación del cristalino.

La operación en dos tiempos con la iridectomía hecha seis semanas antes de la extracción, no ofrece ventajas bien patentes sobre la extracción combinada, salvo si se temen accidentes glaucomatosos.

II

Cataratas secundarias.—Cataratas silicosas

La persistencia de masas blandas en el saco capsular y la proliferación del epitelio capsular son las causas de la catarata secundaria.

No se está autorizado á intervenir más que si la agudeza visual es menos de 1/2 y previa desaparición de toda reacción periquerática. Es prudente no operar hasta después de varios meses. La operación entraña más peligros de infección que la extracción misma.

Si la catarata secundaria es una simple *membránula,* basta con desgarrarla con el quistitomo introducido por una pequeña abertura hecha con la aguja ancha en la periferia de la córnea.

Si la membránula resiste á ello ó está engrasada y contiene masas blandas, se extraerá con la pinza de cápsula provista de finos dientes.

Por último, si la extracción ha ido seguida de iritis y la membrana está soldada con el iris, se practicará una iridocapsulotomía transversal con la pinza-tijera introducida en la cámara anterior, después de haber hundido la punta en el cuerpo vítreo á través del diafragma iriano.

El tratamiento de las cataratas silicosas congénitas ó adquiridas á consecuencia de traumatismos antiguos tiene las mismas indicaciones.

III

Luxación del cristalino

La luxación del cristalino, completa ó incompleta, es debida á una ruptura de la zona de Zinn, siendo esta ruptura unas veces consecuencia

de la atrofia generalizada de las membranas del ojo (miopia fuerte, coroiditis, estafiloma) y otras de un traumatismo.

Las luxaciones hacia atrás en el cuerpo vítreo no requieren intervención, en tanto que no sobrevengan accidentes irritativos ó glaucomatosos.

Las subluxaciones hacia delante, en el orificio pupilar, ó totales, en la cámara anterior, exigen la extracción inmediata con anestesia si el sujeto es nervioso. Para evitar la caída del cristalino hacia atrás durante la operación, se podrá fijarlo previamente por un ayudante, con una aguja clavada á través de la córnea. La extracción se hace como de ordinario, pero conviene parar atención en la salida del cuerpo vítreo.

En cuanto á las subluxaciones sin proyección de la lente hacia delante ó hacia atrás, no se intervendrá sino cuando se halla notablemente disminuída la agudeza visual por efecto de la dislocación de la lente ó si sobreviene exageración de tensión. En ningún caso se harán instilaciones de *atropina,* que podrían tener por consecuencia el paso de la lente á la cámara anterior. La extracción se hará con el asa de Taylor después de la iridectomía.

IV

Catarata traumática

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Toda herida hecha en la cristaloides origina una imbibición de las masas cristalinianas por el humor acuoso, y una opacificación que en pocos días se hace á menudo total. Si la herida es muy estrecha (punzada por punta de aguja), la opacificación puede permanecer limitada.

Una fuerte conmoción (rayo), una contusión del globo pueden ir seguidas, en breve ó largo plazo, de una opacificación cristaliniana.

La rápida hinchazón de las masas blandas es causa frecuente de glaucoma. Se deberá examinar, pues, siempre la tensión de los ojos traumatizados.

Una complicación más temible aún que el glaucoma es la infección de la herida. En este caso, las masas cristalinianas sirven de caldo de cultivo á los gérmenes patógenos y son de temer la iritis grave y la iridociclitis con atrofia ulterior del globo.

B. — TRATAMIENTO

La terapéutica debe inspirarse en los siguientes datos:

La catarata determinada por puntura ó herida sin fenómenos de infección iriana, sin accidentes glaucomatosos, debe abandonarse á sí misma. En un sujeto joven se observará al cabo de algunos meses una catarata silicosa, quizás hasta una reabsorción completa de todo el contenido del saco capsular. La catarata silicosa exigirá entonces la extracción con la pinza, previa incisión estrecha de la córnea.

En un adulto, la reabsorción del cristalino no se hará más que parcialmente, y se practicará la extracción cuando parezca terminado este trabajo.

Si ha habido infección, pueden ofrecerse dos casos: haber sido llamado el médico *desde el principio* ó al revés *tardíamente*. Si hacia el tercero ó cuarto día después de un traumatismo se ven aparecer fenómenos de iritis *serosa*, lo mejor es practicar una extracción inmediata combinada con una iridectomía para facilitar la evacuación de las masas blandas.

Si se es llamado tardíamente, cuando el enfermo sufre ya desde algún tiempo dolores sintomáticos de iritis grave, la evacuación de las partes blandas se ha hecho muy difícil, y el traumatismo operatorio podría agravar la situación. Es preferible, entonces, limitarse al tratamiento de la flegmasía iriana (véase Iritis é Iridociclitis).

La complicación del glaucoma exige en todos los casos la extracción inmediata de las masas blandas. En los niños, una estrecha incisión en el limbo da ordinariamente fácil salida á las masas hinchadas. En el adulto, la incisión deberá ser más ancha, y será bueno practicar la iridectomía.

CAPITULO XIII

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL CUERPO VÍTREO

POR

A. CHEVALLEREAU

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. P. NUBIOLA Y ESPINÓS

I

Consideraciones generales

El cuerpo vítreo, órgano absolutamente transparente en estado normal, que ocupa los dos tercios posteriores de la cavidad ocular, puede presentar trastornos de transparencia desde el aspecto de un polvo extremadamente tenue hasta una opacificación completa.

Cuando estas opacidades son muy finas, se dejan fácilmente atravesar por una luz un poco intensa; es, pues, necesario, para verlas, recurrir al espejo plano, empleado como para el examen oftalmoscópico ordinario, y de débil iluminación; es, además, conveniente colocarse muy cerca del enfermo, de modo que el espejo se ponga casi en contacto con su córnea. En los casos en que este polvo es muy fino, puede ser además indispensable emplear un aumento más ó menos considerable, colocando detrás del agujero del espejo del oftalmoscopio de refracción una lente de 1, 2, 3, 4 y 5 dioptrias, y aun á veces más. Al mismo tiempo, se indica al enfermo que imprima á su ojo pequeños movimientos en diversos sentidos. Se ve entonces pasar por el campo pupilar un polvillo muy fino ó cuerpos flotantes más ó menos voluminosos.

Los grandes cuerpos flotantes del cuerpo vítreo se observan fácilmente con un espejo cualquiera, plano ó cóncavo, y no siempre será útil colocarse tan cerca del enfermo. Aun en los miopes, en que estos cuerpos

flotantes pueden ser muy voluminosos, puede ser indispensable separarse del enfermo para colocarse á una distancia variable según la situación de las opacidades en las partes más ó menos anteriores del cuerpo vítreo.

Puede ser útil emplear el espejo cóncavo para obtener una luz más intensa en los casos en que es difícil iluminar el cuerpo vítreo, por existir hemorragias de este cuerpo ú opacidades del cristalino ó de la córnea.

Se debe á veces emplear la lente del oftalmoscopio al mismo tiempo que el espejo para ver mejor el sitio y la forma de una opacidad del cuerpo vítreo. La dislocación paraláctica de las imágenes por medio de la lente permitirá reconocer la profundidad á que se encuentran los copos; en el caso en que un copo proveniente de una hemorragia esté aún adherido á la retina ó á la papila, los movimientos impresos á la lente demostrarán que el pedículo de este copo se disloca con la misma rapidez que la retina, mientras que la parte anterior cambia de lugar más aprisa, y tanto más rápidamente cuanta más prominencia forma dentro del cuerpo vítreo.

Las enfermedades del cuerpo vítreo son: 1.° la *inflamación* ó *hialitis*, determinando desde el ligero trastorno causado en la transparencia por el paso ó la permanencia de un cuerpo extraño, hasta la supuración total que se puede observar después de los traumatismos accidentales ó quirúrgicos; 2.° los *copos* del cuerpo vítreo que se observan á consecuencia de inflamación de las partes próximas ó bajo la influencia de un estado general: sífilis, artritismo, senilidad; 3.° la *sínquisis* ó reblandecimiento del cuerpo vítreo; 4.° la *sínquisis centelleante;* 5.° las *hemorragias;* 6.° el *desprendimiento* del cuerpo vítreo; 7.° el cisticerco; 8.° los *cuerpos extraños;* y 9.° la *persistencia de la arteria hialoides.*

II

Hialitis

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

La hialitis ó inflamación del cuerpo vítreo está caracterizada por opacidades, filamentos ó copos que aparecen en diversos puntos, á nivel del traumatismo ó alrededor del cuerpo extraño, y acaban por ocupar la mayor parte del vítreum ú ocultar las membranas profundas. Cuando esta inflamación llega hasta la supuración, la misma pupila pierde

su aspecto negro para ponerse turbia, amarillenta; el iris cambia asimismo de color, aparece más empañado, hoja muerta; aumenta la tensión intraocular, la conjuntiva se vuelve roja, hay quemosis, edema de los párpados; llámase á esto panoftalmía. Los dolores son generalmente muy vivos, y poco después del comienzo la visión queda completamente abolida.

Afortunadamente, no siempre es así. La inflamación traumática del cuerpo vítreo puede originar la formación de un tejido celular, que puede quedar limitado alrededor del cuerpo extraño; pero, en general, esta formación invade una parte más ó menos considerable del cuerpo vítreo ó aun su totalidad. En este caso el tejido celular, retrayéndose, origina un desprendimiento de la retina y á menudo la atrofia del globo del ojo, que puede quedar reducido al estado de muñón.

B. — TRATAMIENTO

Contra la simple inflamación, se deben emplear primero los antisépticos locales; el colirio de *atropina:*

Sulfato neutro de atropina.	0 gr. 05
Agua destilada..	10 gramos

Disuélvase. — II gotas en el ojo tres veces al día.

y las *compresas calientes*, que se mantienen calientes sobre los párpados renovándolas con frecuencia, lo menos durante veinte minutos tres veces al día.

El *yoduro de potasio* prescrito á dosis débil, 0gr,50 al día, y esto durante algunos meses, está indicado para moderar la degeneración fibrosa, pero esta consideración es más bien teórica que clínica, pues cuando el cuerpo vítreo ha comenzado á sufrir su transformación conjuntiva, el término ordinario de esta degeneración es la ceguera.

Estamos mucho mejor armados contra la supuración del cuerpo vítreo, y en muchos casos, cuando las lesiones son aún poco acentuadas, se pueden obtener notables resultados por medio del *tratamiento mercurial*. Este se aplica en dos formas: tratamiento local y tratamiento general.

1.° El *tratamiento local* consiste en la inyección, debajo de la conjuntiva de una gota de una solución de *bicloruro de mercurio* al 1 por 1000, ó de una solución de *cianuro de mercurio* al 1 por 500. Este

último tiene la gran ventaja de que, aun á dosis mucho más concentrada y más activa, es mucho menos doloroso. El procedimiento operatorio es, por otra parte, muy sencillo: se anestesia la conjuntiva instilando dos veces, con dos minutos de intervalo, dos gotas de la siguiente solución de *cocaína:*

Clorhidrato de cocaína.	0 gr. 15
Agua destilada..	5 gramos

Disuélvase.

Se dejan pasar luego cinco minutos. Cargada ya la jeringa de Pravaz de la solución de cianuro de mercurio, se separan los párpados con el índice y medio de la mano izquierda, y con la mano derecha se introduce el extremo de la aguja debajo de la conjuntiva en la separación de los músculos rectos del ojo y quedándose aproximadamente á un centímetro del borde de la córnea; se inyecta una gota del líquido, ó sea una división de la jeringa. Esta inyección determina un abultamiento del grosor de un cristalino, pero se reabsorbe en menos de un minuto. No es en modo alguno dolorosa, pero provoca alguna rubicundez de la conjuntiva, que durará cinco ó seis días sin producir otra molestia si se trata del cianuro, con un dolor más ó menos vivo si del sublimado.

2.° Estas inyecciones bastan á veces para contener los accidentes infecciosos y la supuración, pero es prudente añadir á ellas otro medio que desde largo tiempo ha probado su eficacia y cuya acción es indiscutible; son las fricciones de *ungüento mercurial* á la dosis de 4 gramos al día. Estas fricciones procuran siempre una mejoría muy marcada y á menudo una curación completa de ojos que parecían seriamente comprometidos.

3.° Los *calomelanos* al interior, á la dosis de 50 á 60 centigramos al día, da á veces buenos resultados, pero su influencia sobre la supuración, como su acción purgante, es del todo variable según los enfermos, y no será prudente fiar en ella.

4.° Al empleo de los mercuriales será bueno añadir las *escarificaciones* de la conjuntiva, en los casos de quemosis, y las compresas calientes antisépticas.

El medio más sencillo de practicar las escarificaciones es emplear las pequeñas tijeras curvas, de puntas romas, que sirven para la operación del estrabismo. Se cogen fácilmente entre los extremos de la tijera rodetes de la conjuntiva quemótica, y la sección, hecha en diversos puntos, da lugar á una hemorragia bastante abundante para disminuir la tensión

intraocular y los fenómenos dolorosos. El dolor provocado por las escarificaciones es por otra parte muy escaso y absolutamente pasajero.

5.° Las compresas calientes se aplicarán con la sulución de sublimado al 1 por 10000:

Bicloruro de mercurio.	0 gr. 05
Agua destilada.	500 gramos

Disuélvase.

ó con la solución de cianuro de mercurio al 1 por 5000.

Cianuro de mercurio.	0 gr. 10
Agua destilada.	500 gramos

Disuélvase.

La primera de estas dos solucionesdeber á forzosamente calentarse, sea en el baño-maría, sea en un vaso de porcelana, siendo prudente hacer lo propio con la segunda. La temperatura de las compresas deberá ser de 40 á 45°. En vez de lienzo de tela ó de algodón, podrá servir el algodón hidrófilo, que tiene la ventaja de amoldarse más fácilmente á la forma de las partes y envuelve mejor el globo del ojo.

6.° Puede acontecer que estos medios resulten de todo punto insuficientes: el cuerpo vítreo no es más que una masa purulenta, la retina y la coroides están igualmente infectadas de pus, á base de la panoftalmía; el ojo está completamente perdido. Si los dolores son poco intensos ó casi nulos, como algunas veces se observa, si no hay quemosis ni es de temer que la inflamación alcance al tejido celular de la órbita, agregándose el flemón de la órbita al flemón del ojo, se pueden dejar las cosas en su estado, ya que no suele observarse la oftalmía simpática en los casos de esta naturaleza; los fenómenos inflamatorios se amortiguarán, el ojo disminuirá poco á poco de volumen y quedará reducido en algunas semanas al estado de muñón atrófico, en el que el pus encerrado en la esclerótica no aportará ninguna molestia á las partes próximas.

Cuando los fenómenos dolorosos son muy acentuados, cuando hay mucho quemosis y se puede temer que la supuración se propague al tejido celular de la órbita, se deberá intervenir quirúrgicamente.

La *sección de la córnea* en cruz por dos incisiones trazadas verticalmente la una y transversalmente la otra y comprendiendo toda la extensión de esta membrana, no da lugar más que al flujo de una pequeña cantidad de líquido y á un alivio momentáneo. El pus queda almacenado en las mallas del cuerpo vítreo, y la misma tensión intraocular continúa

demasiado elevada. Hay que proceder, pues, á una operación más radical, bien á la enucleación, bien á la evisceración. Digamos desde luego que esta última es preferible con mucho en la mayoría de los casos.

7.° *Evisceración ó exenteración.*—Para practicar esta operación, es necesario dormir al enfermo, pues que las instilaciones de colirio de cocaína y aun las inyecciones subconjuntivales de este alcaloide no bastarán nunca á anestesiar de un modo completo esos tejidos siempre inflamados.

Se aplica el blefarostato para mantener fuertemente separados uno de otro los dos párpados y descubrir por completo el ojo; luego, con un cuchillo de Græfe, se incinde transversalmente la córnea de un borde al otro. Esta abertura es suficientemente amplia para hacer penetrar en el ojo la cucharilla cortante de Volkmann n.° 7, con la que se va á raspar toda la superficie interna de la esclerótica. La cucharilla quita primero el cristalino, después el cuerpo vítreo purulento, luego la coroides y la retina, y por último, el cuerpo ciliar y el iris; debe rasparse con todo esmero toda la superficie interna de la esclerótica, de modo que ésta, cuando se hace fluir un chorrito de agua para limpiar la región y observar mejor, ha de presentar el aspecto de una superficie completamente blanca. La operación ha terminado; se llena rápidamente de *yodoformo* la cavidad esclerotical, aplicando después cierto espesor de rodajas de algodón hidrófilo y una venda de algodón algo apretada para evitar toda hemorragia.

Esta operación es de las más fáciles, pero exige, no obstante, que se haga con el mayor cuidado. El curso es muy sencillo. Ordinariamente no hay dolor, ninguna reacción inflamatoria; se deja aplicado el vendaje durante cuatro días y se le renueva unas tres veces. Al cabo de un mes aproximadamente, el ojo, muy disminuído de volumen, forma, no obstante, un muñón muy adecuado para llevar una pieza artificial, que tendrá toda la movilidad de un ojo natural.

8.° *Enucleación.*—La enucleación es una operación más complicada. He aquí, no obstante, un procedimiento sencillo y el empleado generalmente.

Previa cloroformización, se aplica el blefarostato. Con pequeñas pinzas de dientes de ratón, se levanta la conjuntiva á nivel del limbo corneal y se secciona con el extremo de las tijeras curvas de estrabismo el pliegue formado. Esta sección permite introducir debajo de la conjuntiva una de las ramas de la tijera, la otra queda fuera, y haciendo avanzar las tijeras, se corta la conjuntiva todo alrededor de la córnea. Se pasa en seguida el extremo de las tijeras, cerradas ahora, debajo de la conjuntiva para destruir las prolongaciones que unen su cara profunda á la cápsula de Tenon y separarla fuertemente de la córnea. Se toma entonces un gancho

de estrabismo, que se pasa sucesivamente por debajo de la porción tendinosa de cada uno de los músculos rectos para seccionarlos. Cortados ya estos cuatro músculos, se aproximan por detrás del globo las dos ramas del blefarostato, de modo que hagan salir fuertemente el ojo hacia delante; se introduce luego entre las dos ramas de este blefarostato el extremo cerrado de la tijeras curvas hasta alcanzar el nervio óptico, se abren las ramas de las tijeras y se las aproxima después para seccionar el nervio óptico á unos 3 milímetros por detrás de su unión al globo del ojo. Este es entonces atraído muy fácilmente hacia delante, se le da vuelta con los dedos de la mano izquierda, de manera que se hagan visibles los músculos oblicuos mayor y menor y éstos se seccionan al ras de su inserción en la esclerótica.

Quitado ya así el ojo, se practica una compresión durante tres ó cuatro minutos para detener toda hemorragia, se lava luego con agua y abundantemente la cavidad, se espolvorea con yodoformo y se aplica un vendaje algo apretado. Es inútil aplicar sutura alguna, la compresión basta muy bien para juntar los bordes de la herida conjuntival. Las consecuencias de la operación son, por otra parte, muy sencillas y muy favorables. Los dolores, cuando existen al principio, se calman inmediatamente; no hay fiebre ninguna y basta con hacer que los enfermos se queden en cama el primer día para evitar que movimientos intempestivos determinen alguna hemorragia secundaria. Se renueva el apósito cada dos días lavando cada vez cuidadosamente la cavidad. El enfermo podrá llevar un ojo artificial al cabo de unas tres semanas.

III

Copos del cuerpo vítreo

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Los copos del cuerpo vítreo tienen un aspecto variable según su causa.

En los sifilíticos, las alteraciones del cuerpo vítreo ocurren en el período de los accidentes secundarios, después de la iritis, y coinciden generalmente con la neuritis óptica. Cuando se ha curado la iritis, cuando se aclara la pupila y se comienza á ver claramente el fondo del ojo, se observa ese polvo extremadamente fino, situado de preferencia en las partes profundas del cuerpo vítreo, por delante de la pupila, y que no se ve con

toda claridad más que con un aumento de varias dioptrias. Estos copos parecen un remolino de polvo fino cuando el enfermo imprime á su ojo pequeños movimientos. Se observan con bastante frecuencia, por delante de estos copos finos, otros copos más gruesos, pero lo que es más característico de la sífilis del cuerpo vítreo es ese polvillo muy fino, mucho más fino que los copos debidos á otras causas y situado bastante profundamente.

Los miopes ofrecen muy á menudo copos del cuerpo vítreo, á lo menos cuando su miopia pasa de tres ó cuatro dioptrias y cuando presentan al mismo tiempo alteraciones de la coroides: esclerocoroiditis posterior, coroiditis exudativa y atrófica, y en especial coroiditis de la región de la mácula. Los copos son entonces bastante más voluminosos que en los sifilíticos; tienen el aspecto de largos filamentos que serpentean y se contornean durante los movimientos impresos al globo del ojo ó de banderolas más ó menos largas y de longitud desigual que parecen flotar en el aire; á veces, al contrario, estas opacidades están más ó menos reunidas con una forma muy irregularmente circular. Algunas veces es una especie de telilla tendida verticalmente y que parece unirse á la parte superior de la retina por finas prolongaciones.

Estos diversos copos tienen una movilidad muy variable según el grado de reblandecimiento del cuerpo vítreo y, en general, la disminución en la rapidez de los movimientos es un signo de mejoría en el estado de los enfermos.

Los artríticos, los viejos ateromatosos ofrecen á menudo un trastorno del cuerpo vítreo caracterizado por copos cuyo volumen y movilidad son intermedios respecto de los de los sifilíticos y de los miopes. Estos copos no están, como en los sifilíticos y aun en los miopes, localizados en las regiones posteriores: ocupan casi toda la extensión del cuerpo vítreo. A menudo, por último, son sintomáticos de una lesión de las proximidades; es uno de los síntomas habituales de la iridocoroiditis, y en la oftalmía simpática, en su forma más usual, el cuerpo vítreo comienza por ofrecer copos movibles para hacerse pronto cada vez más opaco y no permitir ya el examen del fondo del ojo.

Los copos producidos por hemorragias son de una índole del todo especial; ya trataremos de ello en breve.

Los *síntomas funcionales* resultan de las sombras que estas opacidades proyectan sobre la retina. Los enfermos se quejan de que tienen delante de los ojos puntos negros, moscas, nubes, ó bien estos copos les producen la sensación de una telaraña, de ramas de árboles que pasan por delante de ellos. Algunas veces, es cierto, se trata de fenómenos puramente subjetivos: hay moscas volantes fisiológicas que no correspon-

den á ninguna lesión visible con el oftalmoscopio. Basta fijar la vista un rato en un fondo bien iluminado, por ejemplo, un cielo de azul muy puro, para ver flotar pequeños cuerpos en forma de glóbulos aislados ó reunidos en rosarios, ó bien de fragmentos de círculos. Estas moscas volantes fisiológicas molestan á veces mucho á los enfermos, cuando son un poco neurópatas, pero no tienen en realidad importancia alguna ni aminoran en lo más mínimo la agudeza visual.

Las opacidades reales, al contrario, ejercen siempre su influencia en la visión de un modo más ó menos persistente. A veces el trastorno es sólo muy pasajero: el enfermo está leyendo, y viene un copo á velar una letra ó una palabra; luego recobra la visión toda su pureza; pero cuando el fenómeno se reproduce á menudo, resulta en extremo incómodo.

Cuando las opacidades son difusas y extensas, velan todo el campo visual de un modo más ó menos acentuado; con frecuencia, cuando los enfermos fijan la vista durante algún tiempo en el mismo objeto, los copos se depositan poco á poco en la parte inferior del cuerpo vítreo, y la visión resulta de nuevo más clara; pero así que el ojo comienza á verificar movimientos, estos copos pasan otra vez por el campo visual é interceptan los rayos luminosos.

Las opacidades del cuerpo vítreo son de un *pronóstico* muy variable según su causa. Las más benignas son las de origen sifilítico; son, por otra parte, las únicas que se modifican bastante rápidamente bajo la influencia del tratamiento, y su curación es aún muy lenta. Duran siempre cuando menos varios meses, aun cuando el estado general del enfermo es satisfactorio y el tratamiento ha sido bien establecido. Es frecuente observar que el polvo fino de que hemos hablado se condensa en algunas manchas más gruesas; á menudo también, durante la evolución de estos copos, aparecen manchas de coriorretinitis del mismo origen, que retrasan mucho la fecha de la curación.

Los copos debidos á la miopia, al artritismo y á la senilidad, son todavía mucho más duraderos y se puede hasta establecer como principio que no curan nunca completamente. Los enfermos experimentan variaciones muy marcadas: se ven más ó menos molestados según la intensidad de la luz solar, y al parecer con frecuencia experimentan una influencia muy favorable del tratamiento, sea éste cual fuere, debido á que se habitúan á esta especie de dolencia y acaban por tolerarla cada vez mejor. El mismo observador puede con bastante facilidad ilusionarse respecto del estado del enfermo y encontrar un día el ojo mucho más claro que en la visita anterior; pero, á la visita siguiente, estos cuerpos flotantes se le ofrecerán de nuevo tan abundantes y tan gruesos como en el primer reconocimiento;

esto depende simplemente de que estos cuerpos flotantes pasen con más ó menos facilidad por el campo pupilar, y de que, por otra parte, el examen oftalmoscópico sea más ó menos atento y más ó menos prolongado.

B.—TRATAMIENTO

El tratamiento comprende dos clases de medios: aquellos que combaten la causa de la dolencia: sífilis, miopia, artritismo, arterioesclerosis, y luego aquellos que se dirigen al mismo cuerpo vítreo.

1.° En el caso de sífilis, el tratamiento general será el mismo que para todas las otras manifestaciones sifilíticas; no obstante, los dos grandes medicamentos habitualmente empleados, mercurio y yoduro potásico, encuentran aquí indicaciones diferentes, no sólo á causa de la época de la enfermedad en que aparezcan tales manifestaciones, sino á que, por otra parte, las preparaciones hidrargíricas en el tratamiento de la mayoría de las afecciones del fondo del ojo desempeñan el primer papel. Se prescribirá, pues, ya el *protoyoduro de mercurio* en píldoras á la dosis de $0^{gr},05$ á $0^{gr},10$ al día, ó bien *fricciones* con 2, 3 ó 4 gramos de *ungüento mercurial*, ó aun, y es lo que mejor obra, *inyecciones* hipodérmicas de *aceite biyodurado* del profesor Panas, ó más simplemente de una solución de *cianuro de mercurio* al 1 por 100. Estas inyecciones, hechas profundamente en la nalga, no son en modo alguno dolorosas y logran bastante éxito; se repetirán cada dos días.

En los miopes, los copos del cuerpo vítreo son siempre ó casi siempre debidos á la coroiditis; el mercurio está, pues, aún indicado en semejante caso, y no sólo en forma de píldoras, de fricciones ó de inyecciones hipodérmicas, pues será útil emplear inyecciones subconjuntivales porque dan buenos resultados, sea que realmente obren haciendo penetrar el mercurio en la circulación intraocular, sea que obren simplemente por revulsión. Aquí también se empleará el cianuro de mercurio con preferencia al sublimado, que se empleaba primitivamente. En los artríticos, en los viejos arterioesclerosos, el *yoduro de sodio* ó de *potasio* está, al contrario, más indicado que el mercurio. Se dará á dosis débil, de $0^{gr},50$ á 1 gramo al día; pero se debe continuar largo tiempo. Es necesario reconocer, con todo, que, á pesar de un tratamiento prolongado con perseverancia durante varios meses en enfermos exactos y cuidadosos, el resultado no es siempre muy apreciable.

2.° El tratamiento dirigido contra el mismo cuerpo vítreo comprende dos clases de medios: las inyecciones subcutáneas de clorhidrato de pilocarpina y las corrientes continuas.

Las *inyecciones subcutáneas de pilocarpina* estuvieron muy en boga en la época en que se comenzó á conocer este medicamento; después parece que apenas si se emplean en el tratamiento de las opacidades del cuerpo vítreo y, no obstante, dan algunas veces resultado. No es necesario emplear fuertes dosis; basta inyectar 5 miligramos de nitrato ó de clorhidrato de pilocarpina, esto es, una cuarta parte de jeringa de Pravaz de una solución al cincuenta, en un punto cualquiera del cuerpo, por ejemplo, debajo de la piel de la cara posterior del antebrazo. Es de advertir que según la procedencia del medicamento, el efecto inmediatamente apreciable de estas inyecciones varía mucho, esto es, que la transpiración y la salivación son más ó menos pronunciadas; se deberá, pues, modificar la dosis con arreglo al efecto observado. Estas inyecciones se practicarán tres veces por semana y no pasarán de una docena. Es insuficiente para observar el efecto del medicamento sobre el cuerpo vítreo, y si al cabo de este tiempo no ocurre marcada mejoría, se deberá renunciar á él. Por otra parte, la transpiración, y sobre todo la salivación profusa que provocan estas inyecciones, pueden favorecer el desarrollo de opacidades cristalinianas; hemos observado un caso de ello que no consideramos dudoso.

Estas inyecciones deben hacerse, ó bien una hora antes de la comida, para que los enfermos tengan tiempo de salivear antes de sentarse á la mesa, ó dos horas y media después, cuando está ya bastante adelantada la digestión.

El predicamento de las *corrientes continuas* aplicadas al tratamiento de las opacidades del cuerpo vítreo ha seguido la misma marcha que el de las inyecciones de pilocarpina, idéntica evolución que muchos otros medios terapéuticos: ardientemente preconizadas al principio, parece que cuentan hoy día sólo con el favor de algunos prácticos. Por nuestra parte consideramos conveniente ensayar este tratamiento durante un mes: algunos enfermos parecieron, en efecto, mejorados con su empleo, y se puede decir que si no producen buenos resultados es, por otra parte, cierto que tampoco puede darlos malos.

Se emplean en estos casos corrientes continuas débiles, por ejemplo, 3 ó 4 elementos de una pila de bióxido de manganeso; basta con una intensidad de corriente de 2 ó 3 miliamperios. Los electrodos deberán termirar en placas elípticas que tengan unos 4 centímetros y medio en su eje mayor, 3 centímetros el menor. Se aplica el polo positivo sobre la apófisis mastoides, el polo negativo sobre los párpados cerrados del lado correspondiente, se deja pasar la corriente durante veinte minutos y se repite la operación diariamente á cualquier hora del día.

A pesar de todo, el tratamiento de las opacidades del cuerpo vítreo es poco satisfactorio; se debe contar más con el hábito de los enfermos que con los beneficios reales de los medios empleados, salvo, con todo, en la sífilis, y aun en este mismo caso, los resultados son á menudo lejanos.

IV

Sinquisis ó reblandecimiento del cuerpo vítreo

El cuerpo vítreo puede perder su consistencia gelatinosa normal y hacerse flúido. Es la sínquisis. Esta sínquisis no puede reconocerse sino cuando el cuerpo vítreo contiene al mismo tiempo copos que, por la rapidez de sus cambios de lugar, indicarán el grado de reblandecimiento. Si no existen cuerpos flotantes, el diagnóstico de la sínquisis resulta muy difícil; el tono del ojo puede, en efecto, no estar en modo alguno modificado.

Esta licuefacción del cuerpo vítreo se observa algunas veces en enfermos al operarlos de una catarata completa, con buena percepción luminosa, en cuyo caso el ojo, del que no se han podido examinar las membranas profundas, parece completamente sano. Así que se practica la incisión de la córnea, se ve manar una cantidad anormal de un líquido muy claro y muy flúido, que se podría tomar por humor acuoso, á no ser por su cantidad; al mismo tiempo, por otra parte, se observa que el ojo se reblandece y se ven aparecer los surcos longitudinales formados por la contracción de los músculos rectos del ojo. Se debe entonces practicar rápidamente la iridectomía y quitar el cristalino con la cucharilla; pero, á pesar de todo, esta operación ocasiona á menudo la atrofia del ojo.

Para que se produzca este accidente, no parece necesario que haya ruptura del ligamento suspensor del cristalino, de la zona de Zinn. Esta complicación se revelaría por el temblor del iris que no se observa generalmente.

La terapéutica de este reblandecimiento del cuerpo vítreo es la misma que la de las opacidades que acabamos de estudiar, pero no se debe esperar un gran resultado.

V

Sinquisis centelleante

La sínquisis centelleante es debida á la presencia en el cuerpo vítreo de cristales de colesterina, de tirosina y de fosfatos.

Con el oftalmoscopio se observan numerosos cuerpos muy brillantes y dotados de movimientos muy rápidos. Si, por ejemplo, el enfermo lleva bruscamente el ojo hacia arriba y lo deja inmóvil en esta posición, los cristales descienden de nuevo en forma de lluvia más ó menos abundante, tomando el aspecto de esos cohetes que, en los fuegos artificiales, terminan, al acabar de ascender, en una multitud de pequeños globos luminosos. Si se sigue al ojo en sus diversos movimientos, estos cristales tendrán el aspecto de manojos luminosos que se cruzan y toman las más variadas disposiciones.

Estos cristales se ven muy claramente en la imagen directa, pero se observan mucho mejor, parecen más centelleantes, en la imagen invertida.

Ninguna terapéutica ha logrado hasta el presente modificar, aun cuando fuera poco, la sínquisis centelleante, que permanece indefinidamente estacionaria.

VI

Hemorragias

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Las hemorragias del cuerpo vítreo, más comunes en las mujeres que en los hombres, sobrevienen con preferencia en las jóvenes en la época de la pubertad, pero se observan, y aun con bastante frecuencia, en la época de la menopausia, ó hasta en edad más avanzada. Son debidas á la supresión brusca de las reglas ó á los trastornos de la circulación cardíaca, ó á la arterioesclerosis, mas raramente á un enfriamiento intenso. Pueden igualmente producirlas la diabetes y la albuminuria.

Las hemorragias pueden producirse únicamente en el cuerpo vítreo, dejando intactas las otras membranas del ojo, pero también á menudo pequeñas hemorragias que ocurren en las partes posteriores del cuerpo vítreo coinciden con hemorragias retinianas, de las que son aún la consecuencia, y constituyen entonces, por la degeneración que ocasionan en el cuerpo vítreo, lo que impropiamente se ha denominado *retinitis proliferante.*

La afección á que Manz ha dado el nombre de retinitis proliferante, está constituída por largas opacidades de un gris azulado, semitransparentes, partiendo de la papila y dirigiéndose arriba y abajo, cubriendo las ramas principales de la arteria central. La anchura y la prominencia de estas membranas disminuyen á medida que se separan de la papila, y en las partes periféricas se reaplican á nivel de la retina. Estas membranas están algo flotantes dentro del cuerpo vítreo; velan una parte de la papila y de los gruesos vasos.

Con un poco de experiencia, el *diagnóstico* es fácil, pero los principiantes toman á menudo estas membranas por un desprendimiento retiniano, del que se pueden, no obstante, distinguir fácilmente por su situación especial á nivel del polo posterior y por la prominencia que forman por delante de la papila y de los gruesos vasos. Verdad es que las hemorragias retinianas pueden igualmente acarrear como complicación el desprendimiento de la retina y que las dos afecciones pueden mutuamente complicarse, pero en general será fácil ver lo que corresponde á la una y á la otra.

El *pronóstico* de la retinitis proliferante es grave. Algunas veces es cierto que estas membranas se adelgazan y se ponen más transparentes, hasta el punto de permitir una visión satisfactoria, pero en general la agudeza visual es muy exigua y puede disminuir cada vez más cuando, retrayéndose las membranas, desvían fuertemente los vasos y sobre todo determinan un desprendimiento irremediable de la retina.

Las hemorragias del cuerpo vítreo son parciales, pueden ocupar sólo una pequeña parte del cuerpo vítreo y aparecer al oftalmoscopio en forma de grandes copos de un color rojo obscuro morenuzco, flotando en el cuerpo vítreo y permitiendo todavía ver fácilmente el fondo del ojo.

La hemorragia puede ser total, esto es, ocupar toda la extensión del cuerpo vítreo é imposibilitar por completo la iluminación del ojo. Los enfermos han perdido la vista sin causa apreciable; esta pérdida es algunas veces brusca. Otras veces, al contrario, ocurren primero hemorragias parciales: la vista, perturbada profundamente al principio, se aclara lentamente, sobreviene luego una recaída y desaparece casi por completo la

visión. Los enfermos están, desde el punto de mira funcional, en las condiciones de los atacados de catarata completa; no obstante, ven algo mejor los objetos colocados en la parte inferior del campo visual; en efecto, la sangre derramada en el cuerpo vítreo, tendiendo siempre á coleccionarse en las partes más declives, abandona las partes superiores de la retina, que pueden percibir los rayos luminosos.

Estas hemorragias totales del cuerpo vítreo se toman á menudo, por las personas poco experimentadas, por una catarata completa, tanto más en los sujetos ancianos que tienen esclerosis del cristalino, la que da ya á la pupila un aspecto grisáceo. Para evitar este error, se debe hacer el examen con la iluminación oblicua: se observa entonces que el cristalino deja pasar los rayos luminosos y que las opacidades no comienzan sino en su cara posterior. Por otra parte, si se examina el ojo con el espejo cóncavo del oftalmoscopio, por no iluminar suficientemente el espejo plano, se ve que las partes superiores del cuerpo vítreo dejan percibir un poco del rojo del fondo del ojo, mientras que las partes inferiores son de todo punto opacas.

El *pronóstico* de estas hemorragias del cuerpo vítreo es grave: en los sujetos jóvenes, porque las recidivas son muy frecuentes y cada recidiva deja alguna nueva lesión; en las personas ancianas, porque se reabsorben las hemorragias con extrema lentitud, tanto que los enfermos no recobran nunca más que una visión imperfecta.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento de las hemorragias recidivantes debe ser sobre todo profiláctico y tender á evitar nuevas hemorragias. Es necesario practicar un examen completo del enfermo. Se debe investigar en la orina, con diversos intervalos, la existencia posible de glucosa ó de albúmina, examinar el corazón, inquirir el estado de los vasos y, en las mujeres, saber si la menstruación es regular, si tienen sobre todo vivos dolores en el vientre al principio del período menstrual. Las metritis, las desviaciones uterinas parecen ser á veces la causa de estas hemorragias. Será necesario en todos estos casos un tratamiento adecuado.

Enteramente al principio, y cuando se puede temer una sucesión de nuevas hemorragias, da buen resultado el *cornezuelo de centeno;* se prescribirá en obleas de 50 centigramos, para tomar una cada mañana durante quince días. El cornezuelo de centeno en esta forma nos ha parecido preferible á las diversas preparaciones de ergotina tomadas al interior,

pero dan aún mejores efectos las inyecciones de extracto acuoso de cornezuelo de centeno hechas en la sien.

Cuando se ha constituído definitivamente la hemorragia, no puede entrar ya en acción el cornezuelo. Los diversos medios que han de emplearse, son entonces: el yoduro de potasio, las inyecciones subcutáneas de pilocarpina, las corrientes continuas, la revulsión local y los derivativos intestinales.

El *yoduro de potasio* se dará á la dosis de 1 á 2 gramos al día, debiendo prolongarse mucho su empleo con algunos intervalos de reposo.

La *pilocarpina*, muy usada en el período que siguió á su descubrimiento, hace unos veinte años, no ha dado todo lo que de ella se espera, pero da resultado. Se empleará en inyecciones hipodérmicas una solución de clorhidrato ó de nitrato de pilocarpina al 2 por 100. De manera que cada jeringa de Pravaz, de 1 centímetro cúbico de cabida, contiene 2 centigramos de pilocarpina, y por tanto cada una de las XX gotas lleva 1 miligramo. Se practican las inyecciones tres veces á la semana, de preferencia debajo de la piel de la cara posterior del antebrazo, ya que esta región es la más fácil de descubrir y se presta muy bien á estas inyecciones.

Se comenzará por inyectar II gotas de la solución; generalmente esta dosis no produce ningún fenómeno apreciable, pero es prudente tantear el terreno. Inyectando la segunda vez III gotas, se obtiene en general, cuando la pilocarpina es buena, un poco de salivación; con IV, y luego V gotas, se llega á una dosis de todo punto suficiente. De uno á dos minutos después de la inyección, se produce una ligera angustia precordial, la cara se enrojece y se cubre algunas veces de sudor, luego comienza la salivación. La saliva es al principio algo espesa, espumosa, luego se hace completamente líquida. La salivación dura aproximadamente media hora ó aun tres cuartos de hora. El efecto aumenta, por otra parte, á cada nueva inyección, sin que se tenga necesidad de aumentar la dosis, y aun, después de algunas inyecciones, persiste un poco la salivación en el intervalo de éstas. Se dan así de doce á quince inyecciones, esto es, durante cuatro ó cinco semanas; luego se suspenden para comenzar una nueva serie de inyecciones al cabo de un mes. Se elogiaron demasiado estas inyecciones al principio; en cambio están hoy día demasiado abandonadas; por nuestra parte, hemos obtenido de ellas resultados poco rápidos, pero seguros.

Se podrían hacer sobre las *corrientes continuas* las mismas reflexiones que sobre las inyecciones subcutáneas de pilocarpina. Hace unos veinte ó treinta años, parecía que debían curar todas las enfermedades oculares;

actualmente, con todo y estar mucho más en favor que las inyecciones de pilocarpina, están, no obstante, demasiado olvidadas; muchos no han obtenido de ellas ningún resultado, lo que puede depender del modo como se empleen.

Todos los oculistas cuya práctica conocemos dan sesiones cortas, de cinco minutos. Consideramos, con G. Gautier, que esto es enteramente insuficiente.

Se debe dejar pasar la corriente por espacio de veinticinco minutos. Para evitar al enfermo la fatiga de sostener él mismo las placas durante tanto tiempo, se pueden sujetar con un vendaje. Estas electrizaciones pueden prolongarse sin inconveniente indefinido número de días. En las personas de piel sensible y que irritaría el paso de esta corriente prolongada, se podrá interponer entre la piel y la placa del electrodo una rodaja de algodón hidrófilo mojado en agua.

La *revulsión* local en forma de puntos de fuego con el termocauterio aplicados en la esclerótica no nos ha prestado utilidad más que en los casos de retinitis proliferante, activando la reabsorción y el aclaramiento de las membranas. No nos parece indicada en los otros casos de hemorragia del cuerpo vítreo.

Los *derivativos intestinales* actúan favoreciendo la reabsorción de la sangre derramada en el cuerpo vítreo. Su empleo se basará en el estado general del enfermo.

VII

Desprendimiento del cuerpo vítreo

A. — El desprendimiento del cuerpo vítreo, ó desprendimiento hialoideano, lo produce la separación de la membrana hialoides de la cara anterior de la retina.

Este desprendimiento es sobre todo de origen traumático, y se observa cuando escapa bruscamente una parte del contenido del ojo, humor acuoso, cristalino ó cuerpo vítreo. No pudiendo la cáscara del ojo plegarse y retraerse sobre sí, se produce un vacío y luego un exudado seroso entre la membrana hialoides y la retina.

El desprendimiento hialoideano se observa igualmente en los casos de estafiloma posterior progresivo; no pudiendo la membrana hialoides dis-

tenderse al mismo tiempo que las otras membranas profundas, se separa de éstas.

El *diagnóstico* del desprendimiento hialoideano no es fácil y es posible que pase á menudo desapercibido sin que esto tenga grandes consecuencias, puesto que en general se trata de ojos más ó menos desorganizados.

Siendo la membrana hialoides absolutamente transparente y no conteniendo vasos, casi no se puede suponer su desprendimiento sino por las causas que pueden haberlo producido y por la observación de algunos reflejos poco aparentes.

El *pronóstico* es grave, porque el desprendimiento hialoideano favorece el de la retina subyacente. Es por esta razón que, después de una operación de catarata, por otra parte excelente, pero con alguna pérdida del vítreo, se ve algunas veces sobrevenir un desprendimiento de la retina.

Afortunadamente la pérdida del cuerpo vítreo es actualmente rara en la operación de la catarata, á causa del empleo del colirio de cocaína que aminora mucho la tensión del globo ocular, y en semejante caso el cuerpo vítreo tiene poca tendencia á escapar. Es cierto que el colirio de cocaína puede tener un inconveniente mucho más grave. Disminuyendo fuertemente la tensión intraocular, produce, en casos afortunadamente muy raros, esas hemorragias retrocoroidianas *ex vacuo*, que ocasionan la pérdida inmediata del ojo operado.

B.— El *tratamiento* del desprendimiento hialoideano es nulo. Estará, no obstante, indicado aplicar sobre la esclerótica *puntos de fuego* á nivel del punto desprendido. Ya hablaremos del manual operatorio al estudiar el tratamiento del desprendimiento de la retina.

VIII

Cisticercos

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

El cisticerco del ojo es raro en Francia y no se han publicado en nuestro país más que un reducido número de observaciones. Es mucho más frecuente en Alemania, sobre todo en la Alemania del Norte; pero en casi todos estos casos el cisticerco va á parar al cuerpo vítreo.

Se han observado casos en los que existían dos cisticercos en el

mismo ojo, pero no parece haberse observado que hayan sido invadidos á la vez los dos ojos.

Al principio el cisticerco aparece entre la retina y la coroides en forma de opacidad grisácea, que aumenta de espesor y avanza progresivamente hasta la membrana hialoides, luego una vesícula del cisticerco penetra en el cuerpo vítreo. En algunos casos, el cisticerco produce primero el desprendimiento de la retina, para perforar en seguida esta membrana y penetrar en el cuerpo vítreo.

El cisticerco del cuerpo vítreo se muestra con el oftalmoscopio en forma de vesícula transparente perfectamente esférica, blanco-grisácea, ofreciendo hacia su periferia un matiz blanquizco teñido de rojo; en la superficie de esta pared se encuentran cierto número de pequeñas manchas grisáceas y redondeadas. A veces se distingue la cabeza del equinococo, que avanza ó se retrae dentro de la vesícula.

En este momento el diagnóstico del cisticerco es bastante fácil; más tarde puede resultar mucho más difícil á causa de las opacidades del cuerpo vítreo. Estas opacidades son, no obstante, características: forman largas membranas transparentes que se observan con el oftalmoscopio en forma de múltiples cortinillas, cuya configuración varía con los movimientos del ojo.

El oftalmoscopio muestra á veces una placa blanquizca, huella del paso del animálculo á través de la retina; sobre el contorno de esta placa se ven manchas pigmentarias, que Otto Becker atribuye á las tentativas de perforación ya hechas.

Los enfermos ven primero delante de ellos un globo negro de bordes perfectamente redondeados, formándose luego una nube que va haciéndose cada vez más extensa y más completa.

Abandonada á sí misma, la enfermedad conduce á la iridociclitis crónica con exacerbaciones periódicas, á la atrofia del globo ó á la coroiditis purulenta.

B.—TRATAMIENTO

Los ojos abandonados á sí mismos acaban siempre por perderse de un modo completo; se está autorizado á hacerlo todo para practicar la extracción del cisticerco, y se debe intervenir tan pronto como sea posible, pero el manual operatorio es delicado y difícil: se debe determinar tan exactamente cuanto sea posible la posición del cisticerco en el cuerpo vítreo, hacer en la esclerótica, al nivel del punto más aproximado, una incisión

suficiente para poder pasar las pinzas é ir así en busca del cuerpo extraño. Si la operación no tiene éxito ó si el ojo supura, estará indicado practicar la enucleación.

IX

Cuerpos extraños

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

1.° *Etiología.* — Los cuerpos extraños no metálicos que se encuentran en el cuerpo vítreo son ordinariamente fragmentos de sílex en los peones ocupados en romper guijarros á la orilla de los caminos, algunas veces partículas de mármol en obreros ocupados en trabajar este material, más raramente pedazos de piedra menos dura en los que rompen ó tallan la piedra, ó en los labradores partiendo una piedra con el hierro de un azadón, pero casi siempre los cuerpos extraños observados en el vítreo son metálicos: hierro, acero, plomo ó cobre. El hierro y el acero son con mucho los más usuales; es común observarlos en los obreros que elaboran estos metales. Los perdigones se encuentran frecuentemente en la época de la caza. El cobre, aparte de los accidentes industriales, menos comunes que con el hierro y el acero, proviene á menudo de cápsulas de carabina disparada por el mismo herido ó por persona colocada en su proximidad; proceden algunas veces de cartuchos de dinamita manejados imprudentemente por niños.

2.° *Diagnóstico.* — Un fragmento de sílex ó un cuerpo extraño metálico puede atravesar el ojo de parte á parte sin dejar otra huella de su paso que una línea opaca, indecisa, que va del punto de entrada al de salida, á nivel de los cuales se encontrarán los síntomas usuales de la perforación de las membranas profundas.

Si el cuerpo extraño permanece dentro del cuerpo vítreo, el diagnóstico puede ser más difícil, á causa de la falta de transparencia de los medios, sea que exista una catarata traumática, ó sea sobre todo que el traumatismo haya ocasionado un derrame considerable de sangre en la cámara anterior y en el cuerpo vítreo. Es entonces necesario esperar la reabsorción de la hemorragia para diagnosticar la naturaleza del cuerpo extraño cuando los antecedentes pueden permitir dudas, y sobre todo para diagnosticar exactamente el punto en que se encuentra situado.

El cuerpo extraño puede, por otra parte, provocar fenómenos infla-

matorios, que demostrarán cada vez más su presencia; á veces se enquista de un modo completo, ó bien provoca una hialitis supurada que obliga á practicar rápidamente la enucleación.

El cuerpo puede permanecer enquistado durante muchos años sin provocar reacción alguna, pero puede acabar por dislocarse y originar entonces una inflamación de proximidad. Esto suele suceder principalmente tratándose del plomo, cuerpo extraño el mejor tolerado por el ojo; un perdigón permanecerá en el cuerpo vítreo, pegado á la retina, durante diez, quince ó veinte años sin manifestar su presencia sino por disminución más ó menos acentuada de la visión; luego, bruscamente, después de un ligero traumatismo, ó á menudo sin causa apreciable, se dislocará, provocando entonces intensos fenómenos inflamatorios.

3.° El *pronóstico* de los cuerpos extraños del vítreo es muy variable según las lesiones directamente producidas por el traumatismo y según la naturaleza del cuerpo extraño. Es sabido que las heridas penetrantes, aun producidas por un cuerpo completamente aséptico, á nivel del limbo esclerocorneal, interesando el cuerpo ciliar, son graves siempre porque originan fácilmente trastornos de nutrición con atrofia del ojo herido ú oftalmía simpática de su congénere.

La naturaleza del cuerpo extraño hace igualmente muy variable el pronóstico: el sílex, el mármol, la piedra son relativamente benignos; el plomo no es mucho más grave; el acero, al contrario, acaba á menudo por originar trastornos, que son más graves con el hierro, y mucho más graves aún con el cobre.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento debe tener en cuenta las lesiones ya producidas por el cuerpo extraño, su naturaleza, su asiento y el tiempo que lleva de permanencia en el vítreo. Cuando el ojo está irremediablemente perdido para la visión, ó cuando por hallarse interesado el círculo ciliar, la dureza del globo, la tensión intraocular, han ya disminuído, signo casi seguro de próxima atrofia, se está autorizado á practicar la enucleación, si, por otra parte, no caben dudas sobre la presencia del cuerpo extraño en el vítreo. Si hay dudas, si no hay otros fenómenos inflamatorios, y si no existen actualmente fenómenos de oftalmía simpática, podemos contemporizar en dos casos: primero, cuando el herido puede ser visto con frecuencia y sufrir inmediatamente, en caso de necesidad, la operación hecha necesaria; en segundo lugar, tratándose de un niño.

Por benigna que sea, en efecto, la enucleación como acto operatorio, tendrá siempre inconvenientes que durarán toda la vida: la pieza artificial mejor construída no ofrece nunca, después de una enucleación completa, la perfecta movilidad del ojo verdadero; el párpado superior está fuertemente deprimido á nivel del surco órbitociliar, y estas consideraciones estéticas tienen para muchas personas grandísima importancia; por otra parte, la cavidad orbitaria es siempre asiento de una secreción más ó menos abundante y requiere una perfecta limpieza. Por último, aun en los casos en que ha sido mejor practicada la operación, la mucosa que tapiza la nueva cavidad puede inflamarse, proliferar, estrecharse, y esta cavidad puede resultar demasiado exigua para contener una pieza artificial, sin que ninguna intervención pueda luego remediar de un modo duradero tal estado de cosas. Todas estas consideraciones pierden su valor ante la necesidad de evitar una oftalmía simpática, que dejaría al enfermo completa y definitivamente ciego; si el paciente vive lejos del médico, se debe, pues, á pesar de todo, intervenir desde luego. Pero si se trata de un enfermo cuidadoso, inteligente, que puede inmediatamente darse cuenta de los primeros fenómenos de la oftalmía simpática y prestarse en seguida á la enucleación, que se podrá practicar al punto, en este caso se está autorizado á aguardar. Hay ciertamente casos de oftalmía simpática en cierto modo fulminantes, que desorganizan desde el primer momento el otro ojo; se debe tener conocimiento de esta excepción, pero es rara.

En los niños, las consideraciones antedichas conservan toda su importancia; se debe aún añadir ésta. Después de la enucleación, la mitad de la cara correspondiente al ojo enucleado se desarrolla menos completamente que la otra; la cavidad orbitaria queda bastante más pequeña, la frente, la sien y aun la mejilla, están más aplanadas de este lado; de ello resulta una asimetría facial desagradable, que no existe en el mismo grado cuando se conserva el ojo en estado de muñón.

En muchos casos, se podrá reemplazar la enucleación por la exenteración (véase anteriormente pág. 889). Si la cucharilla saca el cuerpo extraño, se podrá considerar como satisfactoria la operación; en los casos, por otra parte, en que esta operación fuese insuficiente, se podría completarla acto seguido practicando la enucleación.

La naturaleza del cuerpo extraño decidirá igualmente el acto operatorio: un pedazo de sílex, un grano de plomo pueden permanecer largo tiempo inofensivos, mientras que un fragmento de cobre originará siempre accidentes graves. La conducta no podría ser la misma en ambos casos.

El tiempo que el cuerpo extraño lleva dentro del ojo, debe tenerse

también en consideración. Si el traumatismo es reciente, se puede temer á cada instante que sobrevengan accidentes; pero si el cuerpo extraño existe en el cuerpo vítreo desde semanas y meses, si éste ha probado ya su tolerancia, se puede aguardar para intervenir á que se produzca algún fenómeno nuevo.

Cuando el enfermo acaba de sufrir el traumatismo, será prudente intervenir y extraer el cuerpo extraño siempre que sea posible y no haya temor de provocar por la intervención quirúrgica mayores lesiones de las que puede producir el mismo cuerpo extraño. Toda intervención quirúrgica debe estar basada en el conocimiento exacto del punto en que radica el cuerpo extraño, y es éste un diagnóstico de los más difíciles é interesantes.

Si un extremo del cuerpo extraño está todavía en la herida de la esclerótica, se debe procurar cogerlo aun agrandando algo esta herida si es necesario.

Si se trata de un fragmento de hierro ó de acero, no se dejarán de poner en juego los preciosos recursos que proporciona el electroimán. Se debe entonces aplicar el electroimán sobre la misma herida y no temer dejarlo largo tiempo para permitir al cuerpo extraño que se separe poco á poco de las partes en que quizás se ha enclavado.

Cuando se emplea una pinza, es necesario cuidar que el cuerpo extraño no sea impelido hacia el vítreo en vez de ser atraído hacia fuera. Si este cuerpo extraño está totalmente dentro del vítreo, se buscará, para determinar su posición, el punto de la herida de entrada, se averiguarán los antecedentes sobre la dirección en que ha sido lanzado el cuerpo, y por último, se procederá al examen con la iluminación oblicua ó por medio del espejo oftalmoscópico. Cuando, estando el vítreo transparente, el cuerpo extraño está en suspensión en este humor ó cuando está adosado á la superficie de la retina, es necesario determinar exactamente el punto en que radique para que la pinza ó el electroimán puedan llegar directamente á él. Es, en efecto, nesario hacer que los instrumentos sigan dentro del globo el camino más corto para que provoquen así el menor trastorno posible.

Cuando, caso muy raro, el cuerpo extraño está en suspensión en el vítreo y éste es transparente, se averiguará la profundidad á que aproximadamente se halla imprimiendo á la lente del oftalmoscopio movimientos paralácticos, y observando la rapidez de los movimientos así impresos á la imagen del cuerpo extraño. Sabido es, en efecto, que cuanto más distante se encuentre este cuerpo de la retina, más rápido movimiento imprimirán á su imagen las evoluciones de la lente, pero esta determinación será

siempre aproximativa. Hay, además, que tener en cuenta el hecho de que adaptado el ojo del observador para ver claramente el fondo del ojo observado, deberá hacer un esfuerzo de 3 dioptrias para ver un objeto situado á 1 milímetro por delante de la retina, ó mejor que el observador, no ejercitando su acomodación, deberá colocar detrás del espejo del oftalmoscopio un cristal convexo de 3 dioptrias para ver con claridad un objeto colocado á 1 milímetro por delante de la retina del ojo observado. Según el número de la lente con la que se percibirá bien el cuerpo extraño, se calculará, pues, la distancia á que se halle de la retina, pero este cálculo será sólo de aproximación. Se puede, al contrario, calcular de un modo casi absoluto la situación del cuerpo extraño cuando está adherido á la superficie de la retina. Para ello, se debe valuar primero la distancia á que se encuentra de la papila; en segundo lugar, el ángulo que forma con la horizontal ó la vertical una línea que vaya de este cuerpo extraño al centro de la papila.

La distancia al borde más próximo de la papila puede contarse en diámetros papilares, recordando que el diámetro de la papila es de milímetro y medio. Se hace que el enfermo mire directamente de frente y el observador se mueve con cuidado de manera que vea sucesivamente la papila y el cuerpo extraño pasando por los puntos intermedios; se tomarán como puntos de referencia las arterias y las venas del fondo del ojo y se contará así cuántas veces cabe el diámetro papilar en la distancia que separa la papila del cuerpo extraño. Repitiéndolo varias veces si es necesario, se podrá asegurar que el cuerpo extraño está á 5, 7 ó 12 milímetros del borde correspondiente del nervio óptico.

Igualmente, para completar la orientación del cuerpo extraño, permaneciendo inmóvil el ojo del paciente, se trazará con el pensamiento la línea que une el cuerpo extraño al centro de la papila y se calculará aproximativamente el ángulo formado por esta línea, ya con la vertical ó bien con la horizontal. Estos datos permiten fijar de un modo muy exacto el punto en que se debe incindir la esclerótica para coger ó extraer el cuerpo extraño.

Si se trata de un fragmento de metal ó de acero que el electroimán aplicado directamente pueda atraerlo con facilidad, la operación se hará con la iluminación solar ordinaria; en cambio, si se trata de todo otro cuerpo y si es indispensable cogerlo con pinzas ó con un pequeño gancho romo, ú otro cualquiera instrumento que se idee con arreglo á las circunstancias, no se puede operar sino en una cámara negra, auxiliándose constantemente del examen oftalmoscópico para guiar la marcha y darse cuenta de la acción del instrumento. El espejo oftalmoscópico se fijará

entonces delante del ojo, para dejar libre al menos una de las manos del operador.

Se hace llevar el ojo del enfermo hacia el punto diametralmente opuesto al en que debe hacerse la incisión de la esclerótica y se le fija en esta posición. Por ejemplo, si el cuerpo extraño está en la parte inferior y externa, el ojo se llevará arriba y adentro, y se sujetará con la pinza de fijación. Se levanta la conjuntiva, y luego, con pequeñas tijeras rectas, se incinde la conjuntiva siguiendo el meridiano sobre el que se encuentra el cuerpo extraño; se incinde en seguida en la misma dirección la cápsula de Tenon, de manera que quede al descubierto la esclerótica. Se cuenta entonces, á partir de la papila, sobre el meridiano, la distancia calculada en el examen oftalmoscópico; luego, separando el músculo recto del ojo, si se encuentra á nivel de uno de estos músculos, se hace entonces, en la misma dirección, con un cuchillo de Græfe, una incisión de 5 á 6 milímetros, promedio suficiente en todos los casos para introducir bien el extremo del electroimán, ó ya uno de los instrumentos destinados á coger y á extraer el cuerpo extraño. Terminada la operación, se sutura con catgut la herida de la esclerótica, y luego por encima la cápsula de Tenon y la conjuntiva.

El curso postoperatorio es algunas veces muy sencillo, sobre todo cuando no han sido largas las tentativas para extraer el cuerpo extraño, y cuando casi ha sido nula la pérdida de cuerpo vítreo; pero es siempre de temer para lo sucesivo un desprendimiento de la retina y á veces aun la atrofia del globo.

X

Persistencia de la arteria hialoides

A.—Durante la vida intrauterina, la arteria hialoides, rama de la arteria central de la retina, atraviesa directamente de atrás á delante el cuerpo vítreo, siguiendo el conducto hialoideano ó conducto de Cloquet; al llegar á la cara posterior del cristalino, da cierto número de ramas que contornean la lente y se reflejan sobre su cara anterior, anastomosándose con las ramas del pequeño círculo arterial del iris y llegan hasta la membrana pupilar. Esta arteria hialoides desaparece en el instante del nacimiento, al mismo tiempo que la membrana pupilar, pero algunas veces persiste y forma esta anomalía que estudiamos.

Esta anomalía se ofrece en forma de un cordón grisáceo que, partiendo del centro de la papila, se dirige hacia delante á la cara posterior del cristalino. Separando más ó menos la lente del ojo del enfermo, sirviéndose igualmente del examen con la imagen derecha, se logra con bastante facilidad ver el cordón en toda su extensión. Aparece como una cuerda poco tensa, agitada por ondulaciones durante los movimientos del globo. Esta cuerda no termina limpiamente en el cristalino, se ensancha formando una membrana opaca irregularmente triangular, correspondiendo la base del triángulo al borde del cristalino.

Esta anomalía raramente existe sola; va ordinariamente acompañada de persistencia de la membrana pupilar, de astigmatismo, de un grado elevado de hipermetropía. Igualmente la visión en estos enfermos es siempre muy defectuosa.

B.—El *tratamiento* es de todo punto nulo contra la anomalía principal; se puede, no obstante, mejorar á menudo la visión de los enfermos buscándoles cristales adecuados á su refracción. Ciertamente que recayendo siempre la anomalía en un solo ojo, es á menudo imposible encontrar cristales que permitan la visión binocular y hagan posible utilizar el ojo que ofrece tal anomalía.

CAPITULO XIV

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA COROIDES

POR

A. CHEVALLEREAU

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. M.ª CAMPÁ

I

Coroiditis exudativa

A. — CUADRO CLÍNICO

La coroiditis exudativa está caracterizada por placas exudativas de forma y dimensiones variables, de las que unas alcanzan apenas el cuarto del diámetro de la papila, mientras que otras pueden exceder á ésta en extensión. Cuando son pequeñas, tienen una forma bastante regularmente redondeada; á medida que crecen, adquieren una forma cada vez más irregular.

Estas placas se presentan al principio bajo el aspecto de manchas blanquecinas, cuyos bordes se pierden en las partes sanas de la coroides; estos bordes se van haciendo poco á poco más precisos, más definidos, acaban por ser exactamente circunscritos y se hallan entonces rodeados por un anillo negruzco producido por la repulsión del pigmento de las células destruídas.

A medida que la enfermedad progresa, la coroides se atrofia y la esclerótica se hace visible. Las manchas son entonces de un color blanco nacarado y se distinguen en su superficie restos de los vasos coroideos y del pigmento.

La enfermedad puede empezar por la periferia para propagarse luego hacia el polo posterior, ó bien, al contrario, empezar por el polo para inva-

dir luego las regiones ecuatoriales; cuando no es detenida en su marcha, acaba por invadir toda la extensión del fondo del ojo.

Es importante saber diagnosticar las manchas de la coroiditis diferenciándolas de las de la retinitis. Las manchas de la retinitis tienen un color más marcado, más brillante, salvo cuando la atrofia completa de una parte de la coroides deja ver la coloración nacarada de la esclerótica. Las manchas retinianas están limitadas por estrías radiadas muy finas, en relación con la dirección de las fibras nerviosas. Cuando las opacidades residen en la retina, los vasos propios de esta membrana parecen tortuosos, están en parte ocultos por las opacidades; al contrario, cuando las manchas residen en la coroides, los vasos de la retina no presentan alteración alguna y pasan libremente por delante de esas manchas.

Las manchas exudativas de la coroides se distinguen también fácilmente de las manchas atróficas. Las exudaciones tienen un aspecto mate y amarillento; las placas atróficas presentan un reflejo tornasolado, azulado, que resulta de la esclerótica denudada. Además, los exudados dejan las partes vecinas de la coroides completamente intactas, mientras que las placas atróficas se hallan rodeadas de pigmento.

Al principio de la coroiditis exudativa, la retina no presenta alteración alguna; pero cuando las placas de la coroiditis exudativa se hacen proeminentes y comprimen los vasos retinianos, éstos pueden infartarse algo. La retina puede asimismo perder una parte de su transparencia, pero de un modo pasajero.

Se pueden observar además manchas morenas ó rojas, que parecen provenir de hemorragias de la membrana coriocapilar.

El cuerpo vítreo sufre también un trastorno de transparencia y se ven en él, en un período más ó menos avanzado, cuerpos flotantes, finos ó ó bastante voluminosos.

Los enfermos se quejan de que una niebla cubre todos los objetos; ven moscas volantes correspondientes á los copos del cuerpo vítreo; experimentan además escotomas fijos correspondientes á las placas exudativas de la coroides. Los trastornos visuales son, por otra parte, muy variables según el asiento de las exudaciones; las manchas pueden ser muy numerosas en la periferia, sin disminuir muy sensiblemente la agudeza visual central; al contrario, cuando la enfermedad empieza á nivel del polo posterior, la visión está fuertemente alterada desde el principio. Las alteraciones de vecindad de la retina desempeñan un papel considerable en la producción de estos trastornos.

B. — MARCHA Y TERMINACIONES. — PRONÓSTICO

La afección es á veces de corta duración, y si las placas eran poco extensas, pueden desaparecer sin dejar huellas; pero si la afección se prolonga, la coroides quedará á nivel de las manchas, desprovista de su pigmento, acumulado alrededor.

Es frecuente observar á la vez en la coroides placas exudativas y placas atróficas.

En los casos recientes, se puede esperar una curación completa; quedan alteraciones de los tejidos y síntomas oftalmoscópicos, pero estas alteraciones no perjudican sensiblemente la visión. El pronóstico es tanto menos favorable cuanto más antigua es la afección, y por otra parte, en los casos en que las exudaciones residan en la región del polo posterior, el pronóstico debe ser completamente reservado.

C. — TRATAMIENTO

La coroiditis exudativa sobreviene á veces sin causa apreciable, pero á menudo es indicio de un trastorno general de la salud, que será necesario buscar y combatir si es posible. En las mujeres, coincide, por ejemplo, con trastornos menstruales, el embarazo, la menopausia, las metritis.

Asimismo existe con frecuencia en estos enfermos el artritismo.

La influencia de los dientes cariados es á veces evidente. Entre las observaciones publicadas con este motivo, resumiremos una de las que nos han parecido más típicas y más ciertas; es debida á G. Sous (1). Una joven de veinte años, bastante débil y mal reglada, nota que la visión de su ojo derecho va disminuyendo gradualmente desde hace tres semanas, sin que el ojo se haya puesto rojo ni doloroso, y va á consultar al médico el 26 de Noviembre de 1888. La agudeza visual se halla reducida á 1/10. La córnea presenta en su cara posterior una serie de puntitos de color blanco grisáceo agrupados un poco por debajo del campo pupilar. Con el oftalmoscopio se ve, por encima de la papila, en la imagen invertida, una mancha de color moreno rojizo, sobre la que pasan los vasos de la retina formando una curva bien marcada. Esta mancha, cuya proeminencia es demostrada por los movimientos paralácticos, tiene un reflejo mate; no presenta vestigios de pigmento á su alrededor; tiene una extensión

(1) Sous. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 de Noviembre de 1892, pág. 521.

próximamente de un tercio de diámetro de la papila. Sous refería este botón de coroiditis á trastornos menstruales, y ya había planteado un tratamiento en consecuencia, cuando el 1.° de Diciembre la enferma dice sentir hace dos días, en el primer molar superior derecho, un dolor muy vivo siempre que los alimentos aprietan sobre este diente. Éste había sido emplomado en los primeros días de Noviembre; ejerciendo presión sobre él con el dedo, se determinan dolores y el ojo derecho lagrimea inmediatamente.

La joven y su madre rechazan enérgicamente la extracción de la muela y consienten sólo en hacerla desemplomar. Esto se realiza el día 2; el 6 la visión ha aumentado de 1/10 á 1/2; la lesión coroidea es apenas apreciable. El 13 el ojo está normal y la agudeza visual es igual á 1. La amplitud de la acomodación es de 10 dioptrias.

El 18 el diente es emplomado de nuevo, el 20 la agudeza visual se ha reducido á 1/6 sin trastornos aparentes en la circulación de la coroides. La amplitud de la acomodación es de 4 dioptrias. Se desemploma el diente el mismo día; el 26 el ojo ha vuelto al estado normal.

En este caso no puede haber una simple coincidencia; se trata en verdad de una relación de causa á efecto, y hemos referido este caso como un ejemplo cierto de la influencia que las enfermedades de los dientes pueden ejercer sobre las enfermedades de los ojos, sobre las coroiditis en particular.

Hay además en la ciencia un cierto número de casos igualmente demostrativos; por esto es indispensable, en los casos de coroiditis cuya causa no aparezca absolutamente clara, examinar con cuidado la boca y desembarazar al enfermo de los dientes que pudieran provocar semejantes lesiones. ¿Cómo obran sobre los ojos las alteraciones dentarias? Sin duda por la acción refleja de los nervios dentarios sobre la rama oftálmica del trigémino; pero si su patogenia está mal determinada, el hecho, por lo menos, es cierto.

El *reposo* completo de los ojos en la coroiditis exudativa es uno de los puntos más importantes del tratamiento, y cuando los enfermos quieren resolverse á permanecer en una habitación obscura durante unos quince días, la mejora puede ser muy rápida, pero hay pocos enfermos que acepten esta determinación. Es necesario al menos prescribirles la supresión de todo trabajo que requiera una aplicación cualquiera de los ojos; no deberán leer, ni escribir, ni mirar objetos finos y próximos; deberán también evitar toda luz algo intensa y llevar constantemente, aun dentro de casa, *cristales ahumados* cóncavos y de color bastante intenso, es decir, del número 3 ó 4. Será necesario asegurarse de la

calidad de esos cristales ahumados llamados cóncavos, que están á menudo mal hechos, cuyo espesor no es uniforme y que tienen una refracción generalmente divergente; se debe exigir que los cristales sean perfectamente neutros; pero, por otra parte, esas conchas son superiores á los cristales ahumados planos, porque rodean mejor el ojo y le protegen mejor. Es ventajoso añadir un tafetán negro cosido sobre el borde del cristal y en la rama de los anteojos, llenando el espacio comprendido entre el cristal y la sien del enfermo. De este modo el ojo se encuentra completamente protegido.

Se debe evitar, no obstante, que un cierre demasiado hermético impida la circulación del aire alrededor del ojo y ocasione alguna inflamación de los párpados ó de la conjuntiva.

Las *emisiones sanguíneas* locales dan excelentes resultados cuando son lógicamente empleadas. Se aplican también á menudo sanguijuelas detrás de las orejas, á nivel de la apófisis mastoides; pero este medio, propio para obrar sobre la circulación intracerebral, no podría ejercer una gran acción sobre la circulación intraocular especialmente. Es mucho más lógico aplicar una ó dos sanguijuelas un poco más abajo del ángulo interno del ojo, sobre el trayecto de la vena angular que desemboca directamente en la vena oftálmica, la cual recibe toda la sangre procedente de la coroides. La acción será entonces mucho más eficaz. La aplicación de las sanguijuelas ofrece una ligera dificultad, porque se las debe hacer picar en un espacio muy reducido y cuya configuración se presta mal á la adaptación de un tubo de vidrio, pero esta dificultad puede ser rápidamente resuelta.

Al interior, el mercurio y el *yoduro*, el *mercurio* sobre todo, están muy indicados, como también las inyecciones hipodérmicas de *pilocarpina* que, sin embargo, no deben ser demasiado frecuentes para no fatigar á los enfermos.

El tratamiento debe ser continuado durante todo el tiempo que existan exudaciones más ó menos recientes; al contrario, cuando no hay más que placas atróficas, absolutamente incurables por consiguiente, se podrá cesar todo tratamiento, no sin vigilar al enfermo para asegurarse de que no se reproduce nuevamente la enfermedad.

II

Coroiditis diseminada

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La coroiditis atrófica diseminada sólo es una fase de la enfermedad precedente, la fase terminal atrófica, sobre la que la terapéutica no tiene ya influencia alguna. Está caracterizada, al oftalmoscopio, por un gran número de manchas blanquecinas, irregularmente redondeadas, de un diámetro variable, residentes en toda la extensión de la coroides, lo mismo en la región del polo posterior que hacia la periferia, y siempre rodeadas de un festón pigmentario que las limita claramente. Estas manchas están situadas por detrás de la retina, cuyos vasos pasan por delante de ellas sin sufrir desviación alguna.

El cuerpo vítreo contiene á menudo un polvo fino, filamentos ó cuerpos flotantes más ó menos voluminosos, pero no es raro encontrarlo absolutamente claro y transparente.

Los síntomas funcionales consisten en una niebla general más ó menos intensa ó en cuerpos flotantes que por instantes ocultan los objetos, ó en apariciones luminosas y coloreadas. A veces existe una estrechez concéntrica del campo visual, pero sobre todo se quejan los enfermos de escotomas positivos más ó menos extensos. Cuando las lesiones invaden la mácula, la agudeza visual se altera profundamente y los enfermos ven los objetos deformados.

El pronóstico de esta afección es siempre muy desfavorable en el sentido de que la visión perdida en cierto grado nunca más se mejora, pero puede quedar en estado estacionario. Muchos enfermos pueden conservar una visión relativamente satisfactoria, suficiente para la mayor parte de las profesiones. El tratamiento puede, pues, tener grande importancia.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento consistirá también aquí en el empleo del *mercurio* bajo sus diferentes formas: fricciones mercuriales, inyecciones hipodérmicas ó mercurio absorbido por las vías digestivas, pero siempre será nece-

sario llegar á dosis elevadas. Se dará al mismo tiempo ó alternativamente el *yoduro de potasio*. Las inyecciones hipodérmicas de *pilocarpina* obrarán también en este caso, pero menos que en la coroiditis exudativa. En fin, en los casos de exacerbación aguda, habrá que tener á los enfermos en la *obscuridad* más completa posible.

III

Coroiditis areolar de Förster

La coroiditis areolar está caracterizada por la formación en la coroides de placas redondas, salientes, á cuyo nivel la retina acaba por atrofiarse.

Al principio, estas placas ofrecen el aspecto de manchas pigmentarias negras, amarillas en el centro y rodeadas de un anillo rojo hiperemiado. Más tarde estas manchas se vuelven amarillentas y están rodeadas de pigmento, y en fin, forman placas atróficas más ó menos extensas recorridas por algunos vasos de la coroides y presentando á trechos pequeñas masas de pigmento. Estas manchas están perfectamente limitadas y la enfermedad está siempre localizada en la región del polo posterior.

IV

Coroiditis purulenta

A. — CUADRO CLÍNICO

La coroides en supuración da productos inflamatorios que van á derramarse entre la coroides y la retina ó en el cuerpo vítreo. La pupila adquiere entonces un aspecto gris, luego amarillento, se dilata y queda inmóvil. El ojo se pone duro y el iris es empujado hacia delante. El iris toma al mismo tiempo un aspecto mate, amarillento; se forma hipopion. La córnea sufre también la infiltración purulenta.

La inflamación se transmite á la conjuntiva, que se presenta roja y quemótica. Los mismos párpados enrojecen y se hinchan, sobre todo el párpado superior.

El tejido celular de la órbita es á su vez asiento de una infiltración

que determina la propulsión del ojo hacia delante y le inmoviliza en esta situación.

Los síntomas subjetivos son: la abolición completa de la visión desde el principio, un dolor vivo, profundo, pulsátil, agravado por los movimientos y la presión más ligera. Este dolor se extiende á toda la región orbitaria y puede propagarse á toda la mitad correspondiente de la cabeza hasta el occipucio.

Con frecuencia hay fiebre, que hasta puede ser bastante alta, pero conviene saber que algunas veces ocurre todo sin fiebre y sin gran reacción inflamatoria; el dolor es apenas marcado, hay sólo un poco de inyección de la conjuntiva y de los párpados y el globo ha conservado su movilidad; sin embargo, el cuerpo vítreo está infiltrado de pus, hay hipopion y la visión está definitivamente abolida.

Si se dejan las cosas en este estado sin intervenir quirúrgicamente; algunas veces, si la tensión continúa aumentando, el ojo se perfora en un punto de la córnea ó de la esclerótica, y vaciándose el globo en parte, los dolores se calmarán. Lo más á menudo, en los casos donde la reacción inflamatoria ha sido moderada, los dolores disminuyen poco á poco y cesan; luego el ojo disminuye de volumen y se atrofia sin haberse perforado. Esta atrofia es en todo caso la resultante final de la enfermedad.

El muñón así producido, pequeño, blando, con una córnea mate y amarillenta, presenta, cuando se separan los párpados, una forma cuadrangular, es decir, que el globo está aplanado á nivel de los cuatro músculos rectos, superior, inferior, interno y externo, cuyas fibras trazan sobre la cáscara del ojo un surco más ó menos profundo.

Estos muñones pueden quedar definitivamente insensibles y soportar fácilmente una cáscara de esmalte, pero á veces se inflaman de nuevo, son asiento de hemorragias ó de derrames purulentos que obligan á recurrir lo más pronto posible á la enucleación.

B. — ETIOLOGÍA

La coroiditis purulenta es habitualmente consecutiva á traumatismos accidentales, por ejemplo, á la introducción de cuerpos extraños ó á traumatismos operatorios, y es la complicación más grave, pero felizmente hoy día la más rara, de la operación de la catarata. Se la ha observado asimismo en el curso de varias enfermedades generales graves: la fiebre puerperal, la infección purulenta, la fiebre tifoidea, la meningitis.

En una tesis de 1892, Rancurel ha podido reunir unos 60 casos de coroiditis purulenta sobrevenidos por efecto de septicemia puerperal. La coroiditis aparece en general del quinto al undécimo día después del alumbramiento, y en la mayor parte de los casos (cinco de cada seis), el ojo izquierdo es el que sufre la enfermedad. El principio puede pasar inadvertido cuando la septicemia es grave; á veces la enfermedad estalla tardíamente cuando la septicemia, en apariencia benigna, parecía terminada.

C. — TRATAMIENTO

El tratamiento de la coroiditis purulenta debe ser sobre todo preventivo. En los casos de traumatismo accidental, se debe poner cuidado en hacer la herida todo lo regular que sea posible. Si el traumatismo ha interesado la córnea, si la herida es muy irregular con enclavamiento y hernia del iris, hay que resecar con cuidado todo lo que sobresale, coger las partes herniadas del iris, ejercer con la pinza una tracción ligera y resecar de modo que se suprima todo enclavamiento de la membrana en la córnea. Estos enclavamientos pueden, en efecto, ser más tarde causa de estiramientos que acarreen una inflamación del iris y hasta la coroiditis purulenta, pero se ha de confesar que es muy difícil impedirlo. Si el herido va á consultar con el médico cierto tiempo después del traumatismo, y hasta en los casos más recientes, el iris más ó menos tenso en la herida forma una superficie lisa sobre la que la pinza no puede hacer presa, y á menudo no hay más remedio que reducirse á desbarbar de manera que se dé á la superficie de la córnea una forma regular ó á disminuir en lo posible el astigmatismo que es siempre consecutivo á estas lesiones.

Se debe tratar de reducir con la espátula las partes del iris que no se han podido resecar, y luego, instilando colirio de *atropina* ó de *eserina*, según que el sitio de la herida esté en el centro ó en la periferia de la córnea, de evitar, después de esta reducción, la reproducción de las adherencias. Desgraciadamente estas tentativas son con frecuencia ilusorias: es muy raro que con la espátula se pueda reducir completamente el iris; la herida es oblicua, muy irregular, la córnea está seccionada á bisel, y si la espátula puede despegar el iris por el lado de uno de los labios de la herida, le es imposible tener acción alguna sobre el otro lado. Por otra parte, cuando el iris está enclavado en una herida de la córnea, aun cuando el enclavamiento data sólo de algunas horas, ningún colirio midriá-

tico ó miótico puede ejercer acción alguna sobre esas adherencias. Por eso es necesario á veces recurrir á la punta fina del *termocauterio* que, aplicada con delicadeza, borrará las eminencias, hará la herida lo más regular y lo más aséptica posible, haciendo desaparecer al mismo tiempo todo peligro de infección.

En los casos de herida operatoria, y esto se ve sobre todo después de la operación de la catarata, la coroiditis purulenta puede empezar de dos maneras, ya por iritis purulenta, ya por infiltración de los labios de la herida de la córnea.

La iritis purulenta es la forma menos común. Los enfermos se quejan de un dolor más ó menos vivo; hay un poco de edema de los párpados, quemosis, el iris está mate, amarillento, y hay hipopion. La vista, por otra parte, está casi completamente anulada. La afección, aun llegada á este grado, puede curar; el edema de los párpados disminuye, el quemosis se aplana, el hipopion baja, luego desaparece, en tanto que el iris va recobrando su brillo y la visión mejora; pero á veces, muy raras por cierto, esta iritis con hipopion no es más que el principio de una panoftalmía: el cuerpo vítreo, la coroides son atacados, los dolores se hacen más vivos, á veces insoportables, obligando á practicar la enucleación; pero en ocasiones también, los dolores se calman, la tensión intraocular disminuye poco á poco y el enfermo será salvo á costa de, con pérdida total de la visión, una disminución muy notable del volumen del globo del ojo, que se vuelve blando y atrófico.

La otra forma de coroiditis purulenta postoperatoria es mucho más aparatosa. Próximamente unas cuarenta y ocho horas después de la operación, el enfermo se queja de un dolor bastante vivo en el globo del ojo; se advierte al mismo tiempo que el apósito está manchado por la abundancia de la secreción. El líquido se ha infiltrado á través de todo el espesor del algodón hidrófilo empleado en el apósito, y forma en la venda manchas de un color gris amarillento. Si la secreción es más abundante todavía, produce un flujo purulento entre la piel de la mejilla y el apósito. Quitado éste, los párpados aparcen edematosos, sobre todo hacia el ángulo interno; cuando se les separa, dejan fluir cierta cantidad de pus, y si se levanta el párpado superior, aparece rápidamente toda la extensión del desastre. La córnea está infiltrada, amarillenta junto á la herida, formando una tirilla opaca paralelamente á la incisión de la membrana; á veces la córnea está infiltrada en toda su extensión, la pérdida es entonces irreparable; la coroides y el cuerpo vítreo se infiltran rápidamente de pus, la tensión intraocular aumenta y los dolores se hacen intolerables. El quemosis es enorme y el tejido celular de la órbita, infiltrado á su vez,

provoca la exoftalmía; á veces también el tejido celular supura y el flemón de la órbita se une al flemón del ojo.

Un modo bastante frecuente de producción de la coroiditis purulenta después de la operación de la catarata, es la hernia del iris. Cuando se levanta por primera vez el apósito tres ó cuatro días después de la operación de la catarata, se encuentra una hernia del iris, pero es el único accidente; la córnea es absolutamente transparente y la pupila muy bien marcada; se reseca la parte herniada del iris, abriendo así una nueva puerta á la infección. Dos días después, el enfermo se queja de dolores violentos, hay una secreción conjuntival intensa, y cuando se quita el apósito, se comprueba el principio de una panoftalmía.

El tratamiento preventivo de estos temibles accidentes consiste en hacer antes y durante la operación una asepsia lo más rigurosa posible. No solamente hay que exigir una limpieza minuciosa de las manos del cirujano y de los ayudantes, una asepsia perfecta de los instrumentos, sobre todo de los que deben penetrar en la cavidad ocular: cuchillo de Graefe, quistitomo, cucharilla, etc., es necesario sobre todo una asepsia perfecta del campo operatorio; no insistiremos aquí sobre este punto, que debe ser desarrollado en otra parte. Recordemos solamente que, cuando una herida operatoria, después de una operación de catarata, se infecta, procede esto muy generalmente del borde libre de los párpados y de las vías lagrimales, y de ahí la necesidad absoluta de asegurarse, antes de una operación cualquiera sobre el globo del ojo, de que el borde libre de los párpados queda perfectamente limpio, y que, por otra parte, las vías lagrimales y las fosas nasales funcionan bien y están indemnes.

Estos accidentes, atacados desde el principio, pueden terminar por la curación. Sucede así sobre todo en la iritis con hipopion. En cuanto se advierta que el iris se pone mate y que hay un poco de pus en la cámara anterior, hay que poner enérgicamente en juego estos tres medios: el colirio de atropina, las compresas calientes y el mercurio al interior.

El colirio de *atropina*, á 1 por 200, será instilado á la dosis de II gotas tres ó cuatro veces al día, con objeto de dilatar la pupila y de impedir las sinequias posteriores, y luego calmar los dolores y disminuir la inflamación.

Las *compresas calientes* se aplicarán con algodón hidrófilo empapado en una solución de *cianuro de mercurio* al 1 por 5000 ó de *bicloruro* de mercurio al 1 por 10000. Estas compresas se mantendrán casi en permanencia sobre el ojo con cortos intervalos de reposo. Se deben mantener calientes á una temperatura de 40° próximamente. El mejor medio es confiar al enfermo una de esas lamparillas de porcelana en las que se

encuentra sobre la llama una vasija igualmente de porcelana donde el agua se puede conservar fácilmente á una temperatura casi constante. El enfermo empapa por sí mismo en el líquido de esa vasija la compresa de algodón, aplicándola luego sobre sus párpados y cambiándola así que empieza á enfriarse un poco. Se obtendría el mismo resultado con un pulverizador de vapor que proyecte sobre la córnea, estando el ojo abierto, la misma solución.

El empleo de los *mercuriales* es también indispensable bajo otra forma. El *calomel* al interior da muy buenos resultados, desgraciadamente su acción es muy inconstante: ciertos enfermos son presa de una diarrea muy violenta y de una estomatitis mercurial intensa, con dosis que en otros enfermos no producen efecto alguno apreciable. Por eso preferimos en estos casos las *fricciones mercuriales* hechas cada día con 3 ó 4 gramos de ungüento napolitano. Las inyecciones subcutáneas de sales mercuriales producirían igual efecto.

Con estos medios, la mejora es, en general, rápida: el dolor se calma, la inyección conjuntival disminuye y el nivel del hipopion baja para desaparecer completamente en menos de ocho días. Es verdad que la curación no será completa en una semana, pero se habrá apartado el peligro y la visión volverá poco á poco cuando la inflamación no ha sido bastante intensa para ganar el cuerpo vítreo y producir en él desórdenes irremediables. En este último caso, el volumen del ojo disminuye sensiblemente y la ceguera es completa.

Cuando la coroiditis purulenta consecutiva á la operación de la catarata empieza por una infiltración purulenta de los labios de la herida de la córnea, el pronóstico se presenta inmediatamente muy grave y hay que obrar con la mayor energía posible. Hay que cortar la infección desde el principio y en su punto de origen. Se ha recomendado para esto la embrocación de *tintura de yodo* con un pincel de pelo de tejón sobre los labios de la herida de la córnea; la aplicación debe ser muy ligera y limitarse á las partes infectadas. Este medio parece haber dado resultados muy variables en manos de los que lo han empleado; nosotros confesamos no tener de él experiencia alguna personal. Otro procedimiento más radical nos ha dado, al contrario, excelentes resultados; nos referimos al *termocauterio*.

Así que se ha comprobado la infiltración purulenta de la córnea, se hace acostar al enfermo sobre la cama de operaciones, se cocainiza fuertemente, y si el enfermo es pusilánime, si se teme que no permanezca suficientemente quieto, se le cloroformiza; luego, llevando al rojo cereza la punta fina del termocauterio, se le aproxima á las partes infectadas. El termocauterio obrará de dos maneras, por contacto inmediato y por irra-

diación. La puntita debe ser paseada á lo largo de la herida de la córnea, muy ligeramente, de manera que ocasione la menor destrucción posible de tejido; de otra parte, será muy útil tener algún tiempo el termocauterio á alguna distancia de la córnea, de manera que se utilice su calor radiante para destruir los microbios de la supuración, que no resisten generalmente á una temperatura superior á 60°. Bien se comprende que es necesario aquí mucho tacto y delicadeza para desarrollar un calor suficiente para obtener el resultado deseado, y bastante moderado para no producir más destrozos que la misma supuración. En todo caso, el medio, bien empleado, detiene completamente la destrucción de la córnea.

No hay que olvidar, sin embargo, los accidentes que puede ocasionar este procedimiento, en particular el astigmatismo, á menudo considerable, que resulta de la destrucción de una parte de la córnea; es un astigmatismo irregular al que los cristales cilíndricos no aportarían siempre una gran mejora.

Se debe unir al termocauterio el empleo del colirio de atropina, de las compresas calientes permanentes y las *inyecciones subconjuntivales*, que dan á veces resultados excelentes. Estas inyecciones se harán cada día, durante dos ó tres, con una gota de una solución de *cianuro mercúrico* al 1 por 500, ó de *sublimado* al 1 por 1000. Hasta se ha aconsejado hacer una inyección de una gota de sublimado al milésimo en el mismo cuerpo vítreo. Es un medio que no podemos recomendarlo.

Cuando la supuración continúa, á pesar de todo, invadiendo el cuerpo vítreo y el ojo está lleno de pus, tenso, doloroso; cuando hay un quemosis considerable, exoftalmía ó hasta flemón de la órbita, se puede ó bien emplear un tratamiento puramente médico, ó bien intervenir quirúrgicamente. El tratamiento médico consiste en aplicar compresas calientes para disminuir los fenómenos inflamatorios y en dar al interior *opio* ó *cloral* para disminuir los fenómenos dolorosos. Los dolores acabarán, en efecto, por calmarse al cabo de unos diez días; el enfermo conservará su ojo más pequeño que el otro, más blando, deslucido y seguramente impropio á toda visión, pero al menos no perjudicial. Se sabe, en efecto, que los ojos afectos de coroiditis purulenta nunca provocan sobre su congénere la oftalmía simpática.

Si el dolor es insoportable y si el enfermo acepta una intervención quirúrgica, se emplearán para aliviarle rápidamente los medios que antes hemos indicado: incisión crucial de la córnea, evisceración ó enucleación. (Véase anteriormente págs. 888 y 889).

V

Esclerocoroiditis anterior

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La esclerocoroiditis anterior ó estafiloma anterior resulta de un proceso inflamatorio y atrófico de la coroides, que va acompañado de reblandecimiento de la esclerótica. Se observa en los jóvenes á una edad en que la esclerótica ofrece menos resistencia á la tensión intraocular y con preferencia en los individuos linfáticos y escrofulosos.

El estafiloma anterior empieza por una inyección de toda la zona que rodea á la córnea, inyección acentuada sobre todo en un punto limitado de la circunferencia, punto que se hace más saliente que las partes vecinas. El iris se inflama á su vez, cambia de color, reacciona lentamente á la luz y se dilata irregularmente bajo la influencia de la atropina, á causa de las sinequias posteriores que ya se han formado. En las inmediaciones de la parte inflamada, la córnea se infiltra también y se vuelve blanquizca.

La esclerótica, en los puntos más atacados, acaba por distenderse, y se producen una ó varias abolladuras á alguna distancia del borde de la córnea en el punto donde los vasos ciliares anteriores perforan la esclerótica; es, en efecto, la parte menos gruesa de la esclerótica y el punto donde esta membrana ofrece menos resistencia á causa de los numerosos vasos que la atraviesan. Estas abolladuras toman un aspecto apizarrado debido á los depósitos de pigmento que vienen de la coroides y á la transparencia de la esclerótica adelgazada.

El dolor es poco intenso cuando la marcha de la afección es lenta; puede, por el contrario, ser muy vivo cuando esta marcha es más rápida. Los dolores existen en toda la región ciliar y se exasperan por la presión de la parte enferma.

Los síntomas funcionales son debidos al enturbiamiento del humor acuoso y del cuerpo vítreo, que se presenta bastante á menudo, á la prolongación del eje ántero-posterior del ojo, que provoca los síntomas de la miopia progresiva, á la compresión de la retina y del nervio óptico, que provoca la aparición de chispas y relámpagos.

Conforme el estafiloma aumenta en número y extensión, ocasiona

cada vez trastornos más considerables y la visión puede acabar por perderse enteramente.

El estafiloma anterior ha recibido diversos nombres según el sitio que ocupa: estafiloma *ecuatorial,* cuando está colocado hacia el ecuador del globo del ojo; *intercalar*, cuando ocupa el espacio situado entre el borde de la córnea y la inserción de los músculos rectos; *ciliar*, cuando existe en el contorno de la inserción del iris; *anular,* cuando la ectasia ocupa todo el contorno de la circunferencia de la córnea.

Las consecuencias posibles de este estado de cosas son: la luxación del cristalino por efecto de la rotura de la zona de Zinn, demasiado distendida; el desprendimiento de la retina, que no puede distenderse como la esclerótica y se encuentra muy pronto separada; la anestesia de la córnea y la disminución de la movilidad del iris, por efecto de la compresión de los vasos y de los nervios ciliares á nivel de la dilatación.

La afección puede terminar, ya por la atrofia completa de la coroides, quedando el globo del ojo distendido ó, al contrario, tísico, ya por la rotura de un estafiloma aislado, después de la cual el ojo se vacía y se atrofia.

El pronóstico es, pues, grave y sólo al principio se puede detener la marcha de la afección.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser general y local.

El tratamiento general tiene por objeto combatir la inflamación con *sanguijuelas* aplicadas debajo del ángulo interno del ojo, con *fricciones hidrargíricas,* con *calomelanos* dados al interior á dosis fraccionadas.

Siendo los enfermos, en la mayor parte de los casos, sujetos linfáticos y débiles, habrá que cuidar su estado general con *tónicos* y el *aceite de hígado de bacalao* en las estaciones en que es posible hacer tomar este medicamento. Será, no obstante, necesario suprimir las preparaciones yoduradas en todos los casos agudos, siempre que haya fenómenos inflamatorios, rubicundez de la conjuntiva y una secreción cualquiera. El yodo, en efecto, eliminándose por las mucosas en general, produce, por parte de esas membranas, turgescencia y secreción; de parte de la mucosa ocular, en particular, el yodo produce una agravación de la rubicundez y de la secreción, es decir, que aumenta la esclerocoroiditis anterior en lugar de calmarla.

En lugar del yodo, aconsejamos, pues, el aceite de hígado de bacalao durante las estaciones frías, á la dosis más elevada que los niños puedan soportar sin experimentar transtornos digestivos. Es verdad que esta dosis depende más de los padres que de los mismos niños, y cuando se nos dice que un niño no puede tomar el aceite de hígado de bacalao, esto significa simplemente, en general, que los padres no tienen bastante energía y verdadero amor á sus hijos para hacerles vencer una repugnancia que, cuando quieren, es rápidamente vencida.

En todas las estaciones, como sucedáneo y como coadyuvante del aceite de hígado de bacalao, damos el *arseniato de sosa*, la *tintura de nuez vómica* como tónico y estimulante del apetito y de las fuerzas, la *quina* y las preparaciones *ferruginosas*.

Es además indispensable hacer desaparecer el estreñimiento, que es perjudicial de dos maneras: favoreciendo la congestión de las partes superiores del cuerpo, del ojo en particular, y luego provocando trastornos digestivos, que no pueden menos que disminuir las fuerzas del enfermo.

Como tratamiento local, se emplea, ya el *colirio de atropina*, cuando hay sinequias posteriores que ejercen tracciones que pueden ocasionar un aumento de la tensión intraocular y por consiguiente del estafiloma, ya el colirio de pilocarpina cuando no cabe esperar que cedan las sinequias y ya la tensión intraocular está sensiblemente aumentada.

Los medios médicos no son siempre suficientes y á menudo es necesario recurrir á diversas operaciones.

Las *paracentesis* de la cámara anterior, hechas en la periferia de la córnea, con el cuchillito triangular acodado de paracentesis, disminuyen seguramente la tensión intraocular, pero su efecto es muy pasajero; desde el día siguiente, la cicatrización es completa y la tensión vuelve á ser la misma; se puede, es cierto, repetir las punciones sin grandes inconvenientes, en cuanto es de desear, pero este modo de intervención se explicaría para un estado pasajero, no para una afección larga como la esclerocoroiditis anterior.

La *iridectomía* es mucho más lógica, por el contrario, pues tiene un efecto duradero; puede conseguir impedir el desarrollo de un estafiloma.

Cuando el estafiloma está desarrollado, pero existe todavía mucha rubicundez y la afección es reciente, se pueden obtener resultados excelentes por la aplicación sobre las partes ectasiadas de puntos de fuego con la punta fina del termocauterio.

Estas puntas de fuego, muy próximas unas á otras, deben cubrir toda la parte enferma y ser repetidas cada quince días.

Cuando no hay ya ningún fenómeno inflamatorio y el estafiloma es ya

cosa hecha, no se encuentra recurso más que en la intervención quirúrgica, pero entonces hay que considerar dos casos, según que quede cierta agudeza visual ó que el ojo haya llegado á ser definitivamente inútil para la visión.

Cuando los enfermos ven todavía algo, conviene limitarse á los colirios mióticos, *eserina* ó *pilocarpina* y á la *compresión* hecha al menos durante la noche.

Cuando la visión está completamente abolida, se puede recurrir á diversas operaciones, de las que la más sencilla es la incisión del estafiloma con compresión consecutiva. Es la más sencilla, pero también la menos eficaz; en efecto, se produce una cicatrización lineal que dejará las cosas casi en el mismo estado. Será al menos necesario, para obtener un resultado duradero, repetir varias veces esas incisiones, lo que no siempre carece de inconvenientes.

Son operaciones más lógicas y más radicales la escisión parcial ó la ablación total del estafiloma. Las dos son de ejecución bastante sencilla.

Para la *escisión parcial,* después de haber fuertemente lavado y cocainizado al enfermo y colocado el separador de los párpados, se levanta la conjuntiva con las pinzas pequeñas de disección; luego, con el cuchillo de Græfe, se incinde esta membrana en el sentido del diámetro mayor del estafiloma; es preciso, no obstante, en cuanto se pueda, aproximar esta incisión á la dirección de un meridiano, es decir, trazarla perpendicularmente al limbo esclerocorneal, paralelamente á las fibras de los músculos rectos del ojo. De este modo, la contracción de los músculos rectos del ojo, que es imposible evitar completamente, tenderá menos á separar los labios de la herida y á oponerse á su rápida cicatrización. Una vez separados los labios de la herida conjuntival, se practican también con el cuchillo de Græfe, estando el ojo fuertemente sujeto por la pinza de fijación, dos incisiones curvas que se unen por sus extremos y comprendiendo entre ellas una especie de cacho de naranja más ó menos ancho. Para la primera incisión semicurva, bastará un cuchillo de Græfe; para la segunda, se empleará también el mismo cuchillo, pero fijando fuertemente con una pinza pequeña el labio correspondiente de la incisión ya hecha. Para esta segunda incisión, se podrían emplear tijeras curvas, pero estas tijeras son siempre más voluminosas y causan más destrozos que el simple cuchillo de Græfe, que ofrece además la ventaja de obrar mucho más rápidamente y de cortar con más limpieza.

La escisión parcial y la ablación total del estafiloma sólo difieren por el espacio comprendido entre las dos incisiones; fuera de esto, el procedimiento es exactamente el mismo.

Después de la ablación del fragmento de esclerótica comprendido entre las dos incisiones, se pasa rápidamente de un labio al otro de la herida de la esclerótica una aguja provista de un hilo de catgut; pueden ser necesarios dos ó tres hilos, según la longitud de la incisión; luego se aprieta frontando lo más regularmente posible los dos labios de la herida de la conjuntiva con un hilo de catgut ó de seda.

Se ejerce luego, con algodón y una venda, una compresión más prolongada de lo necesario para una cicatrización perfecta de la herida. El fin que se persigue es sobre todo dar al globo del ojo una forma lo más regular posible.

Esta operación debe ser practicada con bastante rapidez para que se pierda lo menos posible de humor vítreo; por la misma razón se debe evitar que el separador de los párpados comprima el globo del ojo; puede ser útil reemplazar el blefarostato ordinario por los separadores con mango llamados de Desmarres. Asimismo, cuando no se esté seguro de la quietud del enfermo, se debe emplear el cloroformo, no porque la operación sea dolorosa, sino para evitar los movimientos intempestivos que podrían hacer perder una buena parte del cuerpo vítreo.

Aun hecha en las mejores condiciones, esta operación puede ser seguida de accidentes: la supuración, que felizmente es muy rara, y sobre todo una hemorragia abundante.

En ciertos casos es necesario recurrir á una operación más radical: se puede escoger entre la amputación simple de la córnea, la operación de Critchett y la enucleación.

La amputación simple de la córnea, indicada sobre todo en el estafiloma corneal, puede también encontrar indicación en los casos de estafiloma de la esclerótica.

La amputación del segmento anterior del ojo, llamada operación de Critchett, está indicada en los casos en que la esclerocoroiditis anterior ha ocasionado una ectasia considerable de toda la parte anterior del globo y en que el ojo, muy aumentado de volumen, no puede ser enteramente recubierto por los párpados; he aquí cómo se puede proceder:

Se prepara para la operación un separador de los párpados, una pinza fina de dientes de ratón, un cuchillo de Græfe, tijeras de estrabismo, cinco agujas semicurvas provistas de hilos de catgut, luego una aguja curva provista de hilo de seda.

Estando el enfermo completamente anestesiado, se aplica el separador de los párpados; se levanta con la pinza la conjuntiva muy cerca del limbo, y se secciona con las tijeras el pliegue conjuntival así formado. Por esta brecha se introduce debajo de la conjuntiva una de las ramas de las

tijeras, quedando la otra rama al exterior, y se secciona la conjuntiva en todo el contorno de la córnea. No es siempre fácil en estos casos ver el punto en que la córnea, muy distendida, se une á la esclerótica, pero sólo tiene una importancia muy secundaria el que la incisión se haga más ó menos alta. Se quitará una parte del ojo más ó menos considerable según el grado de la ectasia.

Una vez terminada la sección de la conjuntiva en todo el contorno de la córnea, se levanta la conjuntiva con el extremo romo de las tijeras, de modo que se la despegue en todo el contorno en una anchura de algunos milímetros por lo menos, descubriendo así cierta parte de la esclerótica. La aguja curva provista de hilo de seda es entonces hilvanada sobre todo el contorno de la conjuntiva, á unos 3 ó 4 milímetros de la sección, de modo que los dos extremos del hilo, en el punto de entrada y en el último punto de salida, estén situados á unos 2 milímetros uno de otro. La conjuntiva representa así el orificio de una bolsa que se puede fácilmente cerrar tirando de los extremos del hilo que la constriñe; pero mientras tanto, se separa fuertemente esta conjuntiva de manera que descubra lo más posible de la esclerótica sobre el contorno de la córnea.

Se toman luego las cinco agujas semicurvas que se han preparado. La primera, dirigida siguiendo el meridiano vertical, se hunde á 4 ó 5 milímetros más abajo del borde inferior y se deja en esta posición. Las otras cuatro agujas se colocan paralelamente á la precedente, dos hacia adentro y dos hacia fuera, de manera que los puntos de entrada y los puntos de salida de estas agujas se encuentren siempre á 4 ó 5 milímetros del limbo esclerocorneal. Colocadas de esta suerte las cinco agujas, se hace penetrar transversalmente un cuchillo de Græfe por delante de esas agujas, de manera que divida la córnea en dos mitades, una inferior y otra superior; luego, con las pinzas y las tijeras curvas, se resecan las dos mitades de la córnea de modo que la sección, no circular, sino elíptica con el eje mayor transversal, pase á cosa de 1 milímetro por delante de los puntos de penetración y de salida de las agujas, es decir, detrás de los procesos ciliares, pero delante de las inserciones de los músculos rectos. Cogiendo entonces rápidamente con las pinzas la punta de las agujas, se las retira, luego se anudan los cinco hilos de catgut de suerte que transforme la abertura circular en una herida lineal transversal. Se aprietan luego los cordones de la bolsa conjuntival, de manera que la conjuntiva fruncida venga á cubrir completamente la herida transversal de la esclerótica.

Hemos dicho que la abertura hecha en la córnea debía ser, no circular, sino elíptica con el eje mayor transversal. Es que, en efecto, transformando en herida lineal transversal una abertura regularmente circular, se

produce en los dos extremos de esta herida una eminencia cónica muy molesta para la colocación de una pieza artificial. Una incisión elíptica suprimirá, por el contrario, esos ángulos y dará una incisión regular.

En el procedimiento antes descrito, no hay que preocuparse de los hilos de catgut que suturan la esclerótica; por otra parte, se dejará, durante unos ochos días por lo menos, el hilo que cierra la conjuntiva.

Esta amputación del segmento anterior del ojo da excelentes resultados para la prótesis, y está indicada en todos los casos en que no es indispensable recurrir á la enucleación: ésta sólo es indispensable, por lo demás, en casos raros, cuando la cáscara ocular está enormemente distendida y cuando es de temer que una amputación parcial provoque una hemorragia abundante.

La enucleación sería entonces practicada como se ha dicho anteriormente (véase pág. 839).

CAPITULO XV

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL NERVIO ÓPTICO

POR

A. CHEVALLEREAU

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. M.ª CAMPÁ

I

Neuritis óptica

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

El nervio óptico está expuesto á dos grandes clases de enfermedades: la inflamación y la atrofia.

La inflamación puede ser limitada al nervio mismo y constituir la neuritis óptica ó papilitis, ó invadir la parte vecina de la retina y constituir la neurorretinitis.

El nervio óptico inflamado presenta al oftalmoscopio una coloración roja más ó menos fuerte; pierde su transparencia y se deja de ver claramente la lámina cribosa, y hasta los mismos bordes de la pupila se hacen difusos.

La neuritis óptica ofrece distintas variedades:

a) La papila estrangulada ó infarto de la papila, caracterizada por la hinchazón y la proeminencia de la papila, por el angostamiento de las arterias, y de otra parte, el color rojo obscuro, el aspecto flexuoso y negruzco de las venas y numerosas hemorragias retinianas en la región del polo posterior. Todas estas lesiones están limitadas á la vecindad inmediata de la papila y no ascienden por el trayecto del nervio. Estos fenómenos son debidos á trastornos de circulación seguidos de infiltración

serosa en el tejido mismo de la papila. Son favorecidos por el hecho de que el anillo que forma la esclerótica se opone á toda tumefacción del nervio, que se ve fácilmente estrangulado.

b) La neuritis descendente tiene, por el contrario, su origen en los centros nerviosos y se propaga á todo lo largo del nervio óptico. La papila está menos tumefacta, menos roja, pero la opacidad del tejido es más pronunciada y de color grisáceo. La infiltración se propaga más lejos en la retina siguiendo el trayecto de los vasos. A menudo se encuentran en el contorno de la papila pequeñas manchas blanquecinas debidas á la degeneración grasosa ó á la esclerosis de las fibras nerviosas.

c) En una tercera forma más rara, la hinchazón está limitada al contorno de la papila y á la región vecina de la retina. Es la peripapilitis ó retinitis circumpapilar. El centro de la papila está situado á su nivel normal, pero está más coloreado; alrededor, el tejido está levantado formando un anillo grisáceo. Es una neurorretinitis en la que la arteritis no estalla hasta el nivel del borde papilar para continuarse sobre la retina.

B.—SÍNTOMAS FUNCIONALES

Los síntomas funcionales son muy variables. A veces la agudeza visual está considerablemente disminuída, el campo visual es irregular; la percepción de los colores no se altera sino cuando la neuritis pasa á la atrofia. Los síntomas acusados por el enfermo no son, por lo demás, en modo alguno proporcionales á las lesiones descubiertas con el oftalmoscopio. Se pueden encontrar trastornos muy pronunciados del fondo del ojo con una visión perfectamente clara, ó bien, al contrario, la visión baja rápidamente en tanto que los fenómenos oftalmoscópicos no cambian, al parecer.

Por lo demás, no hay ningún otro síntoma que los fenómenos visuales, los enfermos no aquejan dolor alguno y el aspecto exterior del ojo en nada está modificado.

El principio de la neuritis óptica es á veces brusco y los enfermos pierden la vista en pocas horas, ó bien la afección evoluciona completamente en varios días, pero esta marcha rápida es excepcional. Lo más á menudo, las lesiones anatómicas y los trastornos funcionales emplean en su evolución varios meses. La progresión se hace sentir sobre todo en las primeras semanas, luego se va haciendo cada vez menos sensible.

Estas diferencias en la rapidez de la marcha están además en rela-

ción con diferencias en la etiología. Así, una neuritis causada por un tumor cerebral será generalmente bilateral, tendrá un desarrollo lento y regular y una terminación habitualmente fatal, es decir, que terminará por la atrofia de la papila. Las arterias se van estrechando, se vuelven filiformes y acaban por transformarse en delgados cordones blanquecinos, que se extienden más ó menos lejos. Las venas, al contrario, permanecen largo tiempo tortuosas y dilatadas. La papila entera palidece y acaba por tomar un color grisáceo. Las neuritis consecutivas á lesiones intracraneales, tumor, meningitis ó encefalitis, no tienen forzosamente esta marcha fatal; pueden detenerse en un grado cualquiera de su evolución.

La neuritis debida á trastornos de la menstruación ó á lesiones uterinas, se desarrolla rápidamente y adquiere pronto su mayor intensidad. Es además susceptible de curación completa.

C. — PRONÓSTICO

Se ve que el pronóstico de la neuritis es muy variable, pero generalmente grave. Depende en todo caso de las causas de la afección. Si se trata de una afección cerebral, la visión pasa al segundo término, es la vida del enfermo la que está amenazada en breve plazo. Es, pues, necesario estudiar con cuidado el estado general del sujeto y la causa de la neuritis antes de formular el pronóstico. Sin embargo, en tesis general, sólo en las papilitis poco acentuadas se puede observar un retorno completo al estado normal; en las formas de poca gravedad se llega siempre á una atrofia parcial ó completa.

D. — ETIOLOGÍA

La investigación de la etiología de la neuritis óptica tiene muy grande importancia, pues sólo sobre este estudio se puede fundar un tratamiento lógico. Insistiremos, pues, sobre este punto.

La neuritis óptica tiene su causa, ya en un estado local, ya en el estado general.

Entre las causas locales, se han señalado contusiones del contorno de la órbita ó del mismo globo del ojo, pero generalmente la causa es más lejana. Se han invocado trastornos de la circulación provocados, ya por un enfriamiento, ya por desórdenes menstruales, pero ordinariamente es en el cerebro donde hay que buscar la causa local de la neuritis óptica.

La inflamación del nervio óptico puede tener su punto de partida á nivel del origen aparente del nervio, es decir, á nivel de los tubérculos cuadrigéminos; puede ser debida á un foco morboso residente en las inmediaciones de su trayecto intracraneal; por ejemplo, en los pedúnculos cerebrales, en los tálamos ópticos y en los ventrículos laterales. La neuritis puede también ser consecutiva á la inflamación de las envolturas del cerebro en la base del cráneo (meningitis ó meningoencefalitis de la base). La inflamación en estos casos sigue el nervio óptico hasta la papila y la parte vecina de la retina (neurorretinitis descendente).

La papila estrangulada parece dependiente de una dificultad mecánica de la circulación. Se la observa en los casos de tumor cerebral, de hidrocefalia, en los casos en que la cantidad de líquido cefalorraquídeo aumenta y en aquellos en que el espacio disponible para este líquido disminuye, en una palabra, siempre que la presión intracraneal está aumentada.

Iguales fenómenos se observan, pero más raramente, en los casos de dificultad de la circulación intraorbitaria por un tumor ó un flemón de la órbita, una inflamación de la cápsula de Tenon, una hemorragia considerable de la cavidad orbitaria con propulsión del globo del ojo hacia delante.

Los tumores intracraneales tienen una importancia muy variable según su asiento; así, los tumores del cerebelo son prontamente seguidos de papilitis, en tanto que un tumor colocado en el centro de uno de los hemisferios podrá adquirir un desarrollo bastante considerable antes de ocasionar la misma complicación.

La neuritis óptica puede ser debida á causas generales, que son las fiebres graves y las intoxicaciones. Las fiebres que pueden acarrear la papilitis son: la fiebre tifoidea, el sarampión y la viruela.

Las intoxicaciones son sobre todo la intoxicación saturnina y la sífilis.

¿Cómo obran estas diversas causas? Según de Græfe, todas las causas que aumentan la presión intraorbitaria y la presión intracraneal, obran sobre los senos cavernosos dificultando la circulación de la sangre venosa, y de ahí la dilatación de las venas y la infiltración del nervio óptico. Éste sería estrangulado á nivel del círculo rígido de la esclerótica y esta estrangulación aun aumentaría la hiperemia, ocasionando la prominencia de la papila, la estrechez de las arterias y la dilatación de las venas. Es bueno hacer observar que un tumor cerebral, aun siendo voluminoso, no va forzosamente acompañado de papilitis y que la papilitis puede existir sin que haya el menor aumento de presión en la cavidad craneana.

La vena central de la retina desemboca en la vena oftálmica, que á su vez se abre directamente en el extremo anterior del seno cavernoso; pero, de otra parte, la vena oftálmica se anastomosa fácilmente con la facial y la frontal externa; una dificultad hasta bastante considerable en la circulación del seno cavernoso puede, pues, no acarrear fenómeno alguno de estasis en la vena central de la retina.

La comunicación que existe entre los espacios subaracnoideos y el espacio intravaginal de Schwalbe, es decir, el espacio que separa las dos vainas interna y externa del nervio óptico, permite concebir, por otra parte, cómo un aumento de presión en la cavidad craneana puede ocasionar la impulsión del líquido cefalorraquídeo hacia el espacio intravaginal, produciendo así la compresión del nervio óptico en su terminación, pero el estasis papilar no se observa en todos los casos en que hay aumento en la presión intracraneal; hasta es posible que el exceso de esta presión dé por resultado la oclusión del orificio que pone en comunicación la cavidad craneana con el espacio vaginal.

Perinaud tiene sobre este asunto una opinión muy plausible: cree que la neuritis óptica es la consecuencia de un edema linfático que se propaga por el nervio óptico hasta la papila siempre que existe un edema intersticial del cerebro; pero la parte terminal del nervio óptico puede ser la única infiltrada, en tanto que las partes intermedias no presentan alteración alguna.

Ninguna de las hipótesis anteriores puede, pues, dar explicación de todos los hechos. Por esto Deutschmann cree estar más en relación con las teorías actuales considerando la neuritis óptica como una enfermedad siempre infecciosa, resultante del transporte de los principios infectantes hasta el extremo del nervio óptico.

E.—TRATAMIENTO

La larga enumeración que acabamos de hacer de las causas posibles de la neuritis óptica demuestran cuán difícil es el tratamiento de esta afección y que debe variar con los casos.

La neuritis óptica no es una afección esencial, es siempre un síntoma de otra enfermedad, enfermedad general ó lesión intracraneal, contra la cual habrá que dirigirse ante todo.

El descubrimiento de una neuritis óptica servirá además para revelar la marcha y el pronóstico de la afección de que es síntoma, y contra ella misma sólo se podrá emplear un tratamiento local, que se limitará á

la aplicación de *sanguijuelas* debajo del ángulo interno de los párpados, á la *revulsión sobre el contorno de la órbita* bajo la forma de vejigatorios volantes y á la *revulsión intestinal.*

II

Ambliopía tóxica

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

Las dos principales causas de la ambliopía tóxica son el alcohol y el tabaco; el que obra sobre todo es el alcohol y lo hace de dos maneras: primero por intoxicación aguda, luego de un modo crónico ocasionando la neuritis intersticial. El alcohol, en general, produce una inflamación del tejido intersticial del nervio óptico, como produce una inflamación del tejido conjuntivo del hígado: la hepatitis intersticial, la cirrosis, que es el tipo de la degeneración debida al alcohol.

Otro punto de discusión en la historia de la ambliopía alcohólica sería la influencia de la naturaleza del alcohol. Carecemos aún de los elementos suficientes para resolver semejante problema, que sólo nos es dado formular.

Otras intoxicaciones pueden ocasionar la neuritis intersticial retrobulbar: tales son la intoxicación saturnina, la sífilis, el paludismo, que pueden igualmente causar la cirrosis del hígado. En todos estos casos existe primero una inflamación primitiva del tejido intersticial, que acarrea tras sí las alteraciones de los mismos tubos nerviosos.

El alcoholismo puede obrar de otro modo sobre el nervio óptico provocando meningitis de la base; se sabe, en efecto, que la paquimeningitis no es cosa rara en los bebedores; pero no se trata entonces de ambliopía tóxica y no tenemos por qué hablar aquí de ella.

El tabaco ejerce la misma influencia que el alcohol, pero de un modo mucho menos pronunciado. Hasta se ha negado la influencia del tabaco diciendo que los que fuman mucho beben también mucho; para algunos se trataría, pues, únicamente de la intoxicación alcohólica; se hace observar, por otra parte, que, en ciertos países, como España y Turquía, donde la costumbre de fumar llega á un alto grado sin que haya alcoholismo, la ambliopía nicotínica parece ser muy rara. Otros, más conciliadores, creen que el tabaco obra, pero simplemente favoreciendo la acción del alcohol, sin bastar por sí mismo para provocar la ambliopía. Cosa extraña, el

tabaco fumado es el que produce la ambliopía tóxica; la afección parece ser muy rara en los que mascan el tabaco y no parece que haya ejemplos en los que se limitan á aspirar el rapé.

La influencia del tabaco depende de la cantidad de nicotina que contiene; ahora bien, el tabaco francés contiene de 8 á 9 por 100, mientras que el tabaco habano sólo contiene 2 ó 3. Se necesita además cierta cantidad de tabaco para ocasionar la ambliopía, y los enfermos que vemos afectos de ella fuman un mínimum de 20 gramos por día. En general, el tabaco contiene tanto menos de nicotina cuanto más elevado es su precio; esta es en parte la razón por la que la ambliopía por el tabaco es mucho más común en las clases pobres que en las ricas, pero esto es debido también en buena parte á que entre estas últimas el alcoholismo está menos extendido.

Cualquiera que sea su causa, la neuritis intersticial es sólo parcial; ataca únicamente las fibras centrales del nervio, las fibras maculares y parece localizarse á nivel del agujero óptico. En el punto donde el nervio atraviesa el agujero óptico, está, en efecto, sometido á condiciones distintas de las que presentaba en la cavidad craneana. Aplanado en el cráneo, se hace allí cilíndrico y está rodeado de paredes óseas inextensibles; está fijado sólidamente á la pared superior de ese conducto por sus dos vainas y no puede desviarse. Un trastorno en la circulación de la sangre ó de la linfa no puede, pues, dejar de obrar sobre él á ese nivel; es también en ese punto donde recibirá el contragolpe de todos los traumatismos.

Pero, ¿por qué en el cordón nervioso son las fibras centrales las primitivamente atacadas? En todos los órganos, las alteraciones se hacen sentir sobre todo á nivel de los capilares; allí es donde los productos infecciosos acarreados por la sangre permanecen más tiempo en contacto con los tejidos; ahora bien, en el nervio óptico los vasos principales se distribuyen por el contorno y de ahí parten las ramificaciones vasculares que, siguiendo los tabiques del tejido conjuntivo, van dividiéndose en ramitas cada vez más finas hasta el eje del nervio. Es, pues, á nivel de las fibras axiles en donde los productos infecciosos acarreados por la sangre deben primero y sobre todo hacer sentir su influencia.

B. — SÍNTOMAS

El escotoma central es el primero y el principal síntoma de la ambliopía tóxica. Los enfermos tienen ante sus ojos una nube que oculta el centro de los objetos que miran; no ven, pues, los objetos más finos que

su escotoma; por eso la lectura les es completamente imposible. Si miran en un libro una palabra un poco larga, distinguen las primeras y las últimas letras, pero no las de en medio; las palabras cortas les escapan completamente, ó bien, para verlas, es preciso que miren un poco al lado; se comprende que, en estas condiciones, no puedan leer caracteres algo finos.

En lugar de disminuir con un alumbrado intenso, el escotoma central aumenta, por el contrario; cuanta más precisión adquieren los objetos colocados fuera de la zona de fijación, más pronunciado parece el escotoma central. Por eso tales enfermos ven mejor cuando la luz es poco intensa, al anochecer. Uno de mis enfermos lee más fácilmente por la noche, colocando su libro encima de la pantalla de su lámpara, es decir, fuera de la región alumbrada directamente; esta mejora seguramente es sólo relativa.

Cuando se determina con gran cuidado al perímetro la extensión del escotoma, se ve que ofrece una forma generalmente elíptica con el eje mayor transversal y ocupa en este sentido una extensión de 18 á 20 grados. Se ha pretendido que en el caso de intoxicación alcohólica el eje mayor de la elipse era horizontal, en tanto que era vertical en el caso de intoxicación por el tabaco; pero no debe buscarse en esto demasiada precisión y hasta es habitual en un mismo enfermo ver la forma del escotoma variar muy sensiblemente de uno á otro ojo.

El escotoma central se manifiesta en los colores; y hasta es un medio rápido y casi seguro de diagnosticar la ambliopía tóxica. Se emplean para esto cartones coloreados por sus dos caras, verde, amarillo rojo y azul. Una de las caras está cubierta de un tafetán negro, que sólo deja visible la parte central bajo la forma de un pequeño disco de 2 ó 3 milímetros de diámetro. El enfermo no distingue el color del disco ó por lo menos sólo ve una mancha grisácea sobre fondo negro, y si se vuelve el cartón para mostrarle la otra cara, enteramente coloreada, distingue este color muy claramente. Así, el color no es distinguido por la parte central de la retina, por la región de la mácula; es, por el contrario, claramente percibido por la periferia; pero, para evitar todo error, hay que hacer mirar al enfermo con un solo ojo á la vez, estando el otro cerrado. Conviene también asegurarse de que el enfermo mira directamente el objeto que se le presenta, porque mirando al lado puede ver el color por una parte periférica de su retina.

El color verde es siempre el que desaparece primero, luego viene el amarillo, después el rojo y el azul, que persisten en último lugar; asimismo son de nuevo percibidos los colores en orden inverso cuando se establece la curación.

Se comprende la enorme importancia, en ciertos casos, de la determinación de ese escotoma central para los colores. No basta que un maquinista ó un fogonero de locomotora distingá con perfecta claridad las largas tiras de papel coloreado ó los copos de lana de diferentes colores colocados delante de él; lo que se necesita es que distinga á lo lejos discos coloreados que forman una imagen muy pequeña en la retina. La investigación del daltonismo por el sistema de los copos de lanas coloreadas de Holmgren es casi inútil en los ferrocarriles; lo que se necesita es la investigación del escotoma central.

No es exacto decir que la ambliopía tóxica es siempre una ambliopía sin lesión. El examen oftalmoscópico es generalmente nulo cuando la afección dura ya desde algún tiempo, pero cuando los enfermos acuden á consultar inmediatamente después del principio de su afección, se ve que la papila está congestionada, los bordes son indecisos y el nervio ofrece un color rosado uniforme; más raramente tiene un aspecto amarillo sucio. Este trastorno es manifiesto sobre todo en la mitad externa de la papila, cuyo contorno está como velado.

La ambliopía tóxica tiene un principio rápido, pero no brusco, fulminante, como la neuritis retrobulbar.

De otra parte, en tanto que ésta ocasiona en poco tiempo una atrofia papilar completa é irremediable, la ambliopía tóxica se limita habitualmente á producir un escotoma central y un descenso de la visión al décimo, á veces al vigésimo de la normal, pero los enfermos no quedan ciegos y la papila no presenta el aspecto de la atrofia. La visión periférica se conserva. No es que sea raro, después de algunos años sobre todo, ver alcohólicos que, habiendo presentado durante cierto tiempo el aspecto de la ambliopía tóxica, pierden la visión de los colores en superficie; el campo visual se estrecha, la papila palidece, los vasos se van adelgazando y al cabo de cierto tiempo la atrofia es completa.

Hasta nos parece que este hecho va siendo notablemente más común desde hace quince ó veinte años. Esto depende sin duda de la calidad de los alcoholes ingeridos, que ocasionan una degeneración de toda la extensión del nervio y no solamente de su parte central.

La ambliopía tóxica ataca siempre los dos ojos y casi en igual grado.

La marcha es muy lenta, y la curación sobreviene con bastante facilidad al principio, cuando el enfermo deja absolutamente de beber y de fumar, pero la recidiva se produce en cuanto recobra sus hábitos y, sobre todo, después de estas recidivas es cuando la afección puede llegar hasta la atrofia de la papila.

C.—DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la ambliopía tóxica es fácil. El olor aldehídico especial que exhalan esos enfermos cuando los tenemos delante, su aire imbécil ponen en seguida sobre la pista. Cuentan que desde hace algunos días su vista ha disminuído en los dos ojos; si se muestran cartoncitos coloreados, distinguen los colores en superficie, pero tienen escotoma central; esto basta; se puede afirmar el diagnóstico de ambliopía alcohólica. Si existe además el temblor de los dedos y de la lengua, la falta de apetito, el dolor á la presión á nivel del reborde de las falsas costillas derechas, las pituitas matinales, las pesadillas durante la noche, el diagnóstico será todavía más cierto; pero todo esto no es necesario, y puede prescindirse de las confesiones que los enfermos ponen á menudo tanto empeño en rehusarnos.

En los enfermos intoxicados por el tabaco hay menos síntomas: apenas se encuentra en ellos más que el olor especial, la disminución de la memoria, las palpitaciones cardíacas y la pérdida del apetito; pero, de otra parte, en tanto que los alcohólicos se niegan á menudo á confesar sus hábitos, los enfermos intoxicados por el tabaco no ponen, al contrario, dificultad alguna para decir la cantidad de tabaco que realmente fuman.

El abuso del haschisch, tan común en Oriente, parece producir los mismos fenómenos que el abuso del alcohol y del tabaco, con la diferencia de que la ambliopía sería unilateral. No tenemos experiencia alguna acerca de este punto.

No es dudoso que la diabetes puede producir una ambliopía tóxica con escotoma central, conservación del campo visual periférico y ausencia de todo fenómeno oftalmoscópico, absolutamente como la intoxicación por el alcohol ó el tabaco. Antes de formular el diagnóstico etiológico, hay que asegurarse bien de que no existe ninguna de las lesiones oftalmoscópicas que se encuentran tan habitualmente en los diabéticos, sobre todo cuando son al mismo tiempo albuminúricos; hay que asegurarse bien, en particular cuando se observa á los enfermos cerca del principio de su ambliopía, de que no hay á nivel de la mácula esas pequeñas hemorragias puntiformes que se observan á veces en tales casos y que pasan fácilmente inadvertidas. Conviene recordar, por otra parte, desde el punto de vista del tratamiento, que los diabéticos pueden ser alcohólicos habituados á fumar. La diabetes, por la decadencia que produce en el organismo, puede

favorecer la acción de dosis de alcohol y de tabaco, que serían inofensivas en individuos más vigorosos.

Se han publicado observaciones de ambliopía causada por el sulfuro de carbono ó por el arsénico, pero estos casos son raros, y es posible que en tales circunstancias las lesiones oftalmoscópicas hayan pasado inadvertidas.

D. — TRATAMIENTO

El tratamiento de una intoxicación cualquiera debe consistir ante todo en la supresión del veneno, y cuando los enfermos se presentan al principio de la ambliopía tóxica con un escotoma central, pero la visión conservada en el resto del campo visual, pueden curar completamente y bastante pronto.

Es necesario insistir con ellos en la necesidad de suprimir todo líquido alcohólico. Estos enfermos sólo tratan de engañar al médico y de engañarse á sí mismos, y no hay que dejar abierta la menor puerta por donde el alcohol pueda venir á intoxicarlos de nuevo. Es nesario exigir la supresión absoluta de la costumbre de matar el gusano por la mañana con un vaso de vino blanco ó de café fuertemente adicionado de coñac, de tomar un vaso de *vulneraria* ó de ron en la taberna al dirigirse al taller, la copa de vino blanco durante una corta interrupción del trabajo, el aperitivo antes de la comida y el coñac después. Precisa permitirles á lo sumo, durante las veinticuatro horas, media botella de vino, ó sea un vaso de vino en cada comida, cortado con tanta agua como deseen, y luego, en el intervalo de las comidas, absolutamente ninguna otra bebida que agua ó leche.

En cuanto al tabaco, la supresión debe ser más absoluta todavía, porque es más fácil; los enfermos no deben fumar. Hay que insistir bien acerca de este punto: que toda contemporización haría el tratamiento absolutamente inútil; que si continúan bebiendo y fumando, aunque sea poco, el tratamiento será absolutamente nulo, y que acabarán por quedarse ciegos.

Es necesario un tratamiento higiénico para fortalecer á los enfermos, en general, más ó menos debilitados. La hidroterapia desempeñará aquí un papel muy útil. Se estimulará por los amargos y en particular por la *nuez vómica,* tan útil en los alcohólicos y de la que volveremos á hablar dentro de un instante.

El tratamiento medicamentoso debe apoyarse en tres medicamentos: la pilocarpina, el yoduro de potasio y la estricnina.

La *pilocarpina* en inyecciones hipodérmicas tiene una acción dudosa; sin embargo, por la transpiración y sobre todo por la salivación que provoca, puede favorecer la eliminación de los venenos todavía contenidos en la economía. Se dará cada dos días, durante tres semanas, una inyección hipodérmica con 5 ó 6 miligramos de clorhidrato de pilocarpina, ó sea en total unas diez inyecciones, y luego se cesará este medicamento.

El *yoduro de potasio* obra impidiendo la esclerosis y la organización del tejido conjuntivo del nervio óptico, esclerosis que mantendría los fenómenos ya producidos y acarrearía la atrofia de los filetes nerviosos del nervio óptico. No es necesario dar el yoduro á altas dosis; un gramo por día basta, pero hay que continuarlo largo tiempo.

La *estricnina,* que creemos es el mejor medicamento para todas las manifestaciones oculares de las enfermedades del sistema nervioso, está sobre todo indicada cuando se trata de enfermos alcohólicos. No cabe duda acerca de la utilidad de este medicamento en el tratamiento profiláctico y el tratamiento curativo del alcoholismo. La *tintura amarga de Baumé* da excelentes resultados, pero la *tintura de nuez vómica,* que se da á mayor dosis, nos parece más manejable. Nosotros damos desde un principio, en enfermos notoriamente alcohólicos, la solución siguiente:

Tintura de nuez vómica.	10 gramos
Agua destilada..	300 —

M. s. a. — Una cucharada de las de sopa en un cuarto de vaso de agua cinco minutos antes de las dos comidas principales.

Esta solución durará diez días; resulta, pues, 1 gramo de tintura de nuez vómica por día. Los alcohólicos soportan muy bien esta dosis, que se puede elevar hasta el doble aumentando poco á poco.

El tratamiento puede ser continuado largo tiempo sin inconveniente. Se puede además, al cabo de algún tiempo, dar alternativamente los dos medicamentos, yoduro de potasio y tintura de nuez vómica, que es bueno dar simultáneamente durante las primeras semanas.

Si la papila palidece y amenaza atrofiarse, hay que unir á estos medios las *corrientes continuas* y las inyecciones hipodérmicas de sulfato de estricnina; pero aquí se trata ya del tratamiento de la atrofia de la papila, del que vamos á hablar muy pronto.

III

Neuritis retrobulbar

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La expresión de neuritis retrobulbar no tiene un sentido absolutamente determinado. De Græfe, que es quien ha introducido este término en la ciencia, designaba así cierto número de afecciones que estallan espontáneamente en el nervio óptico y van seguidas muy pronto de una atrofia más ó menos completa. Este término englobaba, pues, las ambliopías tóxicas, de las que las más comunes son causadas por el abuso del alcohol y del tabaco; pero si estas afecciones presentan numerosas relaciones desde el punto de vista clínico, difieren mucho desde el punto de vista del tratamiento.

La neuritis retrobulbar es una inflamación intersticial parcial del nervio óptico, con tendencia á la retracción cicatricial y á la atrofia descendente secundaria de las fibras nerviosas. La neuritis es la lesión primitiva, la proliferación de los núcleos y el tejido conjuntivo de nueva formación se encuentran en una extensión mayor que la atrofia determinada secundariamente por el aumento del tejido conjuntivo.

En los casos ligeros, la neuritis intersticial puede retroceder completamente sin que haya ninguna atrofia consecutiva, las lesiones son hasta demasiado pasajeras para que se observen en momento alguno fenómenos oftalmoscópicos. Cuando la neuritis es más pronunciada, hay durante cierto tiempo una ambliopía central sin ninguna modificación aparente en el fondo del ojo; luego se observa la decoloración de la porción temporal de la papila.

Hay que guardarse bien de diagnosticar á la ligera esta atrofia parcial temporal. En efecto, en estado normal, esta parte de la papila es ya más pálida que la otra, la capa de fibras nerviosas es más delgada en este lado y á menudo hasta existe á su nivel una excavación fisiológica que llega hasta el borde de la papila. Compárese lo que ocurre en el ojo enfermo con lo que existe en el ojo sano, y cuando los dos ojos están enfermos, sólo cabe fundarse en el examen funcional.

En suma, la neuritis retrobulbar empieza en el conducto óptico y puede quedar localizada á este nivel, ocasionando una ambliopía central sin lesión oftalmoscópica; la decoloración parcial sólo aparece muy tardía-

mente y hasta, á causa de la gran variedad que existe en el aspecto oftalmoscópico de la papila, esta atrofia puede pasar inadvertida al examen más atento.

B. — ETIOLOGÍA

Las causas mejor conocidas de la neuritis retrobulbar, son el enfriamiento y diversas intoxicaciones.

La transición brusca de una temperatura elevada á una temperatura muy baja ha sido siempre muy justamente considerada como una causa de ambliopía ó de amaurosis, y la neuritis retrobulbar se observa en algunas profesiones que exponen á esas transiciones bruscas, por ejemplo, los reposteros que pasan bruscamente de las salas demasiado calentadas de los restaurants á las bodegas demasiado frías y que permanecen algún tiempo en éstas; los poceros, que, en verano, con el cuerpo en sudor, descienden rápidamente á un pozo donde deberán permanecer cierto tiempo. El enfriamiento ocasiona una brusca repulsión de la sangre desde las partes frías al interior y parece ser la causa inicial de los fenómenos inflamatorios.

En los artríticos sobre todo es donde la influencia de un enfriamiento se hace sentir fácilmente para producir la neuritis retrobulbar; por eso es legítimo admitir una neuritis retrobulbar reumática. Los hechos ocurren, por lo demás, de igual manera que en las parálisis periféricas de causa reumática. La característica de esta forma de neuritis está sobre todo en su principio brusco y su marcha rápida hacia la atrofia.

La supresión brusca de las reglas es una causa cierta de neuritis retrobulbar, pero habitualmente esta neuritis sólo interesa un lado. La supresión de un flujo hemorroidal puede dar el mismo resultado. La desaparición de abundantes transpiraciones habituales se halla en el mismo caso.

La intoxicación saturnina ha sido señalada como causa de neuritis retrobulbar. La cosa no parece bien demostrada. Los saturninos tienen ordinariamente lesiones oftalmoscópicas y particularmente retinitis albuminúrica, que hace entrar sus trastornos oculares en una categoría muy distinta.

C. — TRATAMIENTO

El tratamiento de la neuritis retrobulbar es exactamente el mismo que el de la atrofia papilar de que vamos á hablar.

IV

Atrofia de la papila

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Las diversas neuritis que acabamos de estudiar acarrean con frecuencia la atrofia de la papila; pero, además de las atrofias consecutivas á las neuritis, las hay que son debidas á la degeneración del mismo nervio. Esta degeneración puede ser idiopática ó consecutiva. La forma idiopática es debida á una degeneración del tejido propio del nervio, coincide generalmente con alteraciones análogas de la médula: es la atrofia espinal; la atrofia consecutiva se refiere generalmente á lesiones cerebrales. La primera es la atrofia gris del nervio óptico; la segunda, la atrofia blanca, es de origen mecánico; sobreviene, ya por compresión del nervio, ya por detención del curso de la sangre arterial en el tronco nervioso.

Esta calificación de atrofia gris ó atrofia blanca no tiene una gran importancia. Los síntomas oftalmoscópicos no difieren siempre bastante para justificar estos dos términos y nos parece preferible fundar la clasificación de las atrofias papilares en su etiología.

El alcoholismo es una de las causas más comunes de la degeneración gris del nervio óptico; hasta es sobre el nervio óptico donde el alcoholismo deja sentir con más predilección su tendencia á la inflamación intersticial; en tanto que en la ambliopía tóxica sólo había un escotoma central relativo, aquí, por el contrario, el escotoma central va á ser absoluto; la decoloración de la papila no quedará limitada á la región temporal, invadirá también la parte interna, prueba de que las lesiones anatómicas no se limitan ya á las fibras centrales del nervio, pero aquí también la lesión marchará con gran lentitud.

La atrofia papilar de origen tabético es por lo menos tan común como la atrofia de origen alcohólico. Importa para el pronóstico y para el tratamiento distinguir una de otra estas dos formas de atrofia y distinguirlas de las atrofias consecutivas á una neuritis óptica. Este último punto es bastante fácil: siempre que la atrofia es consecutiva á una neuritis óptica, los bordes de la papila son franjeados, como deshilachados; hay al mismo tiempo cambio de nivel de la papila y modificación del calibre de los vasos.

Es más difícil distinguir la atrofia tabética de la atrofia alcohólica; sin embargo, en ésta, la decoloración queda durante largo tiempo y á menudo hasta constantemente parcial, en tanto que en la degeneración gris la decoloración papilar se generaliza á toda la papila, aun siendo más pronunciada desde el principio en las partes externas.

La atrofia blanca, la atrofia de causa central, se distingue de la atrofia gris por la presencia de una excavación atrófica más ó menos pronunciada; en la atrofia gris, la papila no se aplasta, palidece tomando un tinte azulado más ó menos pronunciado.

La degeneración gris no es absolutamente característica de la ataxia locomotriz; puede depender de focos aislados de esclerosis en el quiasma y las cintas ópticas, de la esclerosis en placa de los cordones posteriores, de la esclerosis de los cordones laterales, de ciertas formas de parálisis progresiva.

La atrofia gris de los nervios ópticos no es un síntoma puramente aislado; puede existir sola durante diez años y aun más, pero parece que observando bastante tiempo á los enfermos se puede comprobar que esta atrofia es sólo un síntoma precursor de una afección espinal. La degeneración gris que se observa en la ataxia locomotriz es, en efecto, un fenómeno precoz, que precede largo tiempo á los fenómenos medulares, en tanto que hay pocos ejemplos de la aparición de una atrofia papilar cuando el conjunto de los síntomas atáxicos está ya plenamente constituído.

La atrofia gris es un fenómeno pre-atáxico; se presenta cuando no existe fenómeno alguno por parte de la médula, en tanto que la atrofia blanca ha sido precedida de fenómenos cerebrales; por lo menos estos fenómenos acompañan ó siguen de muy cerca á la disminución de la visión.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento de la atrofia de la papila dará resultados variables según el origen de la afección. Los resultados son á veces excelentes en la atrofia blanca de origen central y en la atrofia de los alcohólicos; al contrario, en los tabéticos los resultados son desastrosos; siempre que un tabético empiece á hacer atrofia papilar, ésta acabará por llegar hasta el fin, pero con mayor ó menor lentitud, y el tratamiento puede dar un resultado relativamente feliz retardando la marcha de la afección.

El tratamiento general variará según la causa de la enfermedad. En los tabéticos, es desgraciadamente cierto que este tratamiento ofrece poca

utilidad; el *mercurio* y el *yoduro de potasio*, lejos de mejorar el estado del enfermo, de ordinario sólo consiguen agravarlo.

El tratamiento local es el mismo en todos los casos; descansa absolutamente en dos medios: la estricnina y las corrientes continuas.

La *estricnina* se emplea en forma de colirio ó en inyecciones hipodérmicas. Nosotros prescribimos frecuentemente el colirio siguiente:

Sulfato de estricnina.	0 gr. 05
Agua destilada..	10 gramos

Disuélvase. — Dos gotas en el ojo mañana y tarde.

Admitiendo que se ponga el colirio en los dos ojos y que las VIII gotas empleadas pasen completamente por las vías lagrimales á la faringe y luego al estómago, habría en total, en las veinticuatro horas, 2 miligramos absorbidos; esto podría ser mucho en ciertos casos, pero esta suposición apenas es admisible; sin embargo, es bueno tener cuidado, y en las personas que absorben muy rápidamente los colirios, que sienten casi inmediatamente llegar á la garganta las gotas que se les acaba de instilar entre los párpados, será prudente empezar por una dosis menor.

La estricnina en inyecciones hipodérmicas obra ciertamente mejor y es más fácil moderar su empleo. Nosotros empleamos la solución á 1/50,

Sulfato de estricnina.	0 gr. 10
Agua destilada.	5 gramos

Disuélvase.

en la cual cada gota de la solución, es decir, cada división de la jeringa de Pravaz, corresponde exactamente á 1 miligramo de la substancia activa. Se empieza por inyectar 1 miligramo, para llegar á 2, 3 y 4 según los individuos. En los alcohólicos se llegará con facilidad, aumentando progresivamente, á dosis mucho más elevadas. Luton (de Reims) ha contraído el mérito de demostrar las considerables dosis de estricnina que en semejantes casos se pueden emplear. Una dosis de 1 centigramo de estricnina será, sin embargo, suficiente.

Las inyecciones hechas en la región de la sien serán preferibles; por lo demás, no dejan huella alguna; bastará repetirlas dos ó tres veces por semana.

En los enfermos que, por una razón cualquiera, no puedan hacerse dar esas inyecciones con una periodicidad suficiente, se les prescribirá la *tintura de nuez vómica* á la dosis de XX á XXV gotas por día.

Las *corrientes continuas* son empleadas del modo siguiente: se toma una máquina que dé próximamente 5 miliamperios; se coloca el polo negativo sobre la región de la nuca, el polo positivo se aplica permanentemente sobre el ojo enfermo, estando los párpados cerrados. Se hará pasar la corriente durante veinte á veinticinco minutos y se repetirá todos los días.

CAPITULO XVI

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA RETINA

POR

A. CHEVALLEREAU

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. M.ª CAMPÁ

I

Hiperemia de la retina

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La hiperemia de la retina se encuentra al principio de todas las afecciones de esta membrana, pero puede existir como enfermedad esencial.

Se encuentra con preferencia en los individuos jóvenes y nerviosos, sobre todo en las mujeres, en las que suele repetirse en la época de las reglas. Se la encuentra más á menudo todavía en los casos de anomalía de la refracción, en los hipermetropes y en los astigmáticos y en estos casos no es raro ver coincidir la hiperemia de la retina con la hiperemia del borde de los párpados.

Se observa también esta afección después de la exposición de los ojos á una luz viva, cuando un sujeto mira imprudentemente, ya el sol, ya un foco de luz eléctrica, ya cualquiera otra luz algo viva.

Nunca se insistirá demasiado en una causa á menudo desconocida y sin embargo muy importante y muy común, sobre todo en las mujeres: nos referimos al estreñimiento. Lo mismo se puede decir de los trastornos digestivos, que son su consecuencia.

Se puede igualmente observar una hiperemia pasiva de la retina con distensión de las venas cuando existe una dificultad circulatoria en el ojo

mismo, como en el glaucoma, ó en la circulación general, por ejemplo en las afecciones cardíacas.

La hiperemia de la retina está caracterizada por la rubicundez de la papila y el aspecto difuso de sus bordes, que resaltan poco sobre la parte vecina de la retina, por lo menos á nivel del borde interno de la papila, porque la parte externa es mucho menos rica en vasos.

Los síntomas funcionales consisten únicamente en la fotofobia: los enfermos tienen hiperestesia de la retina, no pueden aplicar sus ojos durante más de algunos minutos y todo trabajo se les hace rápidamente imposible. A estos síntomas se unen á veces dolores en el globo del ojo y en el contorno de la órbita y también moscas volantes.

Estos fenómenos se exageran cuando el enfermo se esfuerza á pesar de todo en trabajar; al contrario, se atenúan y desaparecen rápidamente cuando el sujeto cesa de trabajar y, sobre todo, cuando permanece en la obscuridad.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento debe fundarse en la investigación de la causa de la enfermedad.

Ante todo, siendo las anomalías de la refracción la causa más frecuente de esta hiperemia, es necesario medir desde un principio la refracción y corregir la hipermetropía ó el astigmatismo que se observa, sobre todo cuando se trata de sujetos obligados á entregarse frecuentemente á trabajos sobre objetos finos y próximos unos de otros.

La *revulsión intestinal*, repetida cuanto sea necesario, está siempre indicada; hay que vigilar que las deposiciones sean regulares y combatir los trastornos digestivos que ocasionan tan á menudo fenómenos congestivos por parte de la cara y de los ojos en particular.

El *bromuro de potasio* y la *hidroterapia* prestan con frecuencia servicios, sobre todo cuando la hiperestesia de la retina es el síntoma dominante.

Se ha de vigilar el estado general y enterarse del estado del útero y del corazón, pues á menudo entran en juego los trastornos de la menstruación y las afecciones cardíacas.

A todos estos medios será bueno añadir, además de la elección de los cristales apropiados, un tratamiento local. *Aplicaciones calientes* sobre los párpados disminuirán el dolor sentido en la órbita y en su contorno. Se exigirá de los enfermos un reposo lo más completo posible, pidiéndoles

que sustraigan sus ojos á toda luz algo viva. La acción del tratamiento será, por otra parte, fuertemente ayudada por el uso de cristales ahumados de un tinte medio n.os 3 ó 4. En fin, en los casos en que la fotofobia es intensa, el medio más rápido consiste en sustraer los enfermos á toda luz, prescribiéndoles una cura de obscuridad completa. Se les hace permanecer en una habitación completamente negra. Cuando los enfermos consienten en someterse á este género de tratamiento, es raro que no queden absolutamente curados al cabo de pocos días.

II

Isquemia de la retina

La isquemia ó anemia de la retina no es una afección propia de la retina, sino simplemente un síntoma. Se ha comprobado al oftalmoscopio una anemia transitoria durante los ataques de epilepsia, durante el período cianótico del cólera, en el período álgido de la asfixia local de las extremidades, pero estos trastornos de la circulación de la retina coinciden con una contracción de todas las pequeñas arterias de la periferia del cuerpo.

La papila está decolorada, sus bordes son algo difusos, y los vasos, sobre todo las arterias, están disminuídos de calibre.

El único trastorno funcional consiste en una anestesia de la retina con estrechez concéntrica del campo visual.

No puede haber en este caso, para síntomas pasajeros, tratamiento local, pero el examen oftalmoscópico puede proporcionar datos muy útiles para la dirección del tratamiento general.

III

Retinitis serosa

A.— CONSIDERACIONES GENERALES

1.° Iwanoff ha descrito con el nombre de *retinitis serosa idiopática* una afección caracterizada por la formación, en el espesor mismo de la membrana, de bolsas quísticas que formarán proeminencia, ya hacia

delante, ya más á menudo hacia atrás. Rara vez estos quistes acaban por llenar el interior del ojo y por empujar el cuerpo vítreo contra la cara posterior del cristalino.

Estos quistes tienen su origen en la capa granulosa externa, intermedia entre la capa interna y la capa externa de los granos; están, pues, situados mucho más cerca de la cara externa que de la cara interna de la retina; por eso su pared posterior es muy delgada, mientras que la pared anterior engruesa fuertemente á consecuencia de la hiperplasia del tejido conjuntivo.

Estos quistes se desarrollan preferentemente en la región de los *ora serrata;* pueden, pues, existir durante mucho tiempo sin ser visibles al oftalmoscopio. Muy rara vez residen hacia el polo posterior y pueden entonces simular un desprendimiento de la retina. Cuando se desarrollan vasos capilares en su superficie ó en su espesor, pueden simular un tumor de la retina ó de la coroides. Sólo desde este punto de vista era útil referir aquí esta breve historia de los quistes de la retina, contra los cuales no hay, por otra parte, nada que hacer, sino la enucleación del ojo en los casos en que esos quistes, demasiado distendidos, produzcan aumento de la tensión intraocular y fenómenos dolorosos persistentes.

2.° La *retinitis serosa sintomática* ó *retinitis edematosa*, mucho más común que la precedente, se distingue al oftalmoscopio por la pérdida de transparencia de la retina, que toma un tinte grisáceo, y por la hiperemia de sus vasos, que se ensanchan, se alargan, se hacen flexuosos y á trechos están enmascarados por el edema de la retina. La trasudación serosa es marcada sobre todo á nivel de la papila, cuyos contornos están completamente ocultos. En medio de la *fovea centralis,* donde la retina está muy adelgazada, se ve por transparencia la coloración roja de la coroides, que resalta sobre las partes grisáceas y simula á veces una mancha hemorrágica.

Los síntomas funcionales consisten en una espesa niebla, que parece interpuesta entre el ojo del enfermo y todos los objetos que intenta mirar; hasta puede que los enfermos conserven solamente una percepción luminosa cuantitativa. El campo visual está siempre estrechado concéntricamente.

La retinitis serosa puede permanecer estacionaria durante largo tiempo y luego terminar por resolución, ó luego hacerse más intensa y pasar á la retinitis parenquimatosa. El pronóstico debe, pues, ser siempre muy reservado.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en una *revulsión intestinal* enérgica, repetida en caso necesario, y en el reposo absoluto de los ojos. Los enfermos deben abandonar todo trabajo, llevar constantemente cristales ahumados y hasta, en cuanto sea posible, permanecer en una habitación obscura.

IV

Retinitis parenquimatosa

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La retinitis parenquimatosa, que se puede llamar difusa para distinguirla de la perivasculitis, afecta la mayór extensión de la membrana. Empieza por la capa de las fibras nerviosas, invade las capas granulosas y á veces hasta los conos y los bastoncitos. Al principio hay formación de tejido conjuntivo embrionario, que sofoca los elementos propios de la retina, en particular las fibras nerviosas y las células ganglionares.

Esta afección, que empieza por las partes ecuatoriales de la retina, inaccesibles al oftalmoscopio, puede ser inadvertida durante mucho tiempo; por otra parte, se acompaña frecuentemente de alteraciones del humor vítreo, que aun hacen más difícil apreciar la marcha de los fenómenos.

La retina, en sus partes alteradas, presenta un aspecto blanquecino; los vasos están ocultos en parte por los productos de nueva formación. Alrededor de la mácula, las opacidades forman estrías bastante finas, que irradian todas hacia la fóvea; estas estrías pueden ser reemplazadas por un punteado fino. A veces se ven, diseminados en la retina, pequeños equimosis bajo la forma de pequeñas manchas rojas.

Los caracteres antedichos no son especiales de la retinitis parenquimatosa; el diagnóstico se fundará, pues, sobre el hecho de que la retinitis parenquimatosa va generalmente acompañada de ciclitis. Por otra parte, una disminución brusca de la visión con estrechez concéntrica del campo visual que sobreviene en el curso de una ciclitis, deberá hacer suponer el principio de una retinitis parenquimatosa difusa.

En la retinitis parenquimatosa circunscrita á las inmediaciones de los vasos ó perivasculitis, la papila está tumefacta y la retina se infiltra de un líquido seroalbuminoso, que puede acumularse entre la coroides y la

retina parcialmente desprendida. Los vasos están llenos de glóbulos sanguíneos, el endotelio está en vías de proliferación, la túnica media está intacta, pero la túnica externa es reemplazada por una aglomeración de núcleos y de fibrillas que forma una vaina completa alrededor de las paredes vasculares.

Al oftalmoscopio, las arterias parecen transformadas en cordones blanquecinos, en cuyo eje se ve una línea roja. Las venas mismas están anemiadas y su calibre es irregular. La retina está cubierta á trechos de equimosis punteados.

El aspecto exterior del ojo es normal y apenas si á veces el iris es algo perezoso en sus movimientos.

Los síntomas funcionales consisten en la disminución de la visión y la estrechez del campo visual, sobre todo cuando el alumbrado es insuficiente. Algunos enfermos acusan además chispas, escotomas, micropsia (los objetos parecen más pequeños), megalopsia (los objetos parecen mayores que en estado normal), metamorfopsia (los objetos parecen deformados).

La marcha es muy lenta y al cabo de algún tiempo la enfermedad queda estacionaria, con alternativas de agravación y de remisión.

La curación puede ser completa cuando la enfermedad es de fecha reciente y cuando los exudados son poco abundantes; pero cuando la enfermedad es antigua, cuando hay numerosos exudados con alteración consecutiva de los elementos nerviosos, la visión queda siempre más ó menos alterada; bastante á menudo la enfermedad llega hasta terminar por la atrofia de la retina con ceguera completa.

La etiología de esta afección es muy obscura; se sabe solamente que esta perivasculitis coexiste habitualmente con la arteriosclerosis y en particular con alteraciones de las arterias del encéfalo.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en el reposo completo de los ojos y en la permanencia en un cuarto obscuro. Una hiperemia demasiado considerable de la retina necesitará *emisiones sanguíneas* locales; contra los exudados, se prescriben las preparaciones *yoduradas* y el *mercurio* bajo una de sus formas habituales.

Aun después de la curación, cuando se consigue, los enfermos deben ser muy prudentes, no exponerse á una luz demasiado viva y no reanudar el ejercicio de sus ojos sino poco á poco, para evitar toda recaída.

C. — RETINITIS PARENQUIMATOSA CIRCUNSCRITA Ó EN FOCOS

Una tercera variedad, la retinitis parenquimatosa circunscrita ó en focos, mucho más rara que las dos precedentes, ocupa dos sitios distintos: el contorno de la papila y la región de la mácula.

Cuando la lesión se localiza á nivel de la mácula, se ve al oftalmoscopio una placa amarilla azulada ó verdosa que forma una eminencia que se pierde insensiblemente en las partes vecinas y está rodeada de una aureola nebulosa. Toda esta región está edematosa y vascularizada.

Cuando la vascularización y el edema han desaparecido, se encuentra en su lugar una placa atrófica blanquecina rodeada de un festón de pigmento, que demuestra que la afección interesaba las capas profundas de la retina y la parte correspondiente de la coroides.

Los trastornos funcionales consisten en un escotoma central tanto más pronunciado cuanto más se acerque la placa á la atrofia.

En la retinitis circumpapilar, las lesiones, caracterizadas por el edema y por la hiperplasia del tejido conjuntivo, residen principalmente en las capas externas de la retina; las fibras nerviosas quedan intactas. La papila está fuertemente hiperemiada, los vasos son turgescentes, pero la parte vecina del cuerpo vítreo se conserva transparente y no presenta el aspecto nebuloso que se encuentra en la neuritis óptica.

El tratamiento será el mismo en esta forma que en la precedente.

V

Retinitis hemorrágica

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Las hemorragias de la retina, como las del encéfalo, reconocen dos órdenes de causas: alteraciones del corazón ó de las paredes vasculares y alteraciones de la sangre.

Las alteraciones vasculares son el ateroma y la esclerosis de las paredes de los vasos con ó sin formación de aneurismas miliares.

Las alteraciones de la sangre se ven en ciertas discrasias como la diabetes, la albuminuria, la leucocitemia, el escorbuto. En la leucocitemia,

los glóbulos blancos, muy aumentados en número, forman verdaderos infartos, que obstruyen los vasos capilares tanto que se puede producir por arriba de estos infartos una rotura de los vasos con derrame apoplético compuesto de glóbulos blancos y de glóbulos rojos reunidos en focos.

Las enfermedades del corazón son á menudo causa de apoplejías de la retina, ya provocando la producción de embolias desprendidas de las válvulas del corazón ó de las paredes ateromatosas de la aorta, ya aumentando la tensión arterial, como lo hace la hipertrofia del ventrículo izquierdo, ya produciendo estasis venosos.

A estas causas predisponentes pueden unirse causas ocasionales como una preñez avanzada, un tumor voluminoso del abdomen, todas las causas de dificultad de la respiración, todos los esfuerzos violentos.

Las hemorragias retinianas pueden presentarse bajo tres formas: las *hemorragias punteadas,* que residen en la capa de las células ganglionares y particularmente en el contorno de la mácula; las *hemorragias en forma de pavesas,* que ocupan la capa de las fibras nerviosas; en fin, las *hemorragias en placas,* que ocupan con preferencia el lado temporal de la retina y la región de la mácula. Estas residen entre la retina y la coroides y no es raro verlas provocar un desprendimiento de la retina cuando son bastante abundantes; hasta hay con frecuencia rotura de esta membrana y hemorragia en el cuerpo vítreo.

Las hemorragias retinianas presentan como caracteres principales su color rojo y su sitio cerca de los vasos, y en particular de las venas, y á veces el edema de la papila, cuyos bordes están parcialmente borrados.

Los vasos de la retina residen en la capa de las fibras nerviosas; la sangre se derrama, pues, primero á este nivel, desde ahí se infiltra desigualmente entre las fibras; por eso los bordes de esta placa hemorrágica presentan la forma de pavesas con puntas afiladas.

La coloración de las apoplejías varía y se va degradando á medida que la sangre se reabsorbe ó que sufre localmente alteraciones regresivas; aun al principio de la hemorragia, el color puede variar de intensidad según la cantidad de sangre derramada y según su riqueza en glóbulos rojos y en glóbulos blancos; sin embargo, es siempre posible, según el color y el estado de regresión de las placas, fijar aproximadamente la época á que se remontan las hemorragias: una hemorragia reciente presenta una coloración roja rutilante; al cabo de tres semanas ó un mes, su color es negro; desde entonces empieza á pasar por las diversas fases de la decoloración, y al cabo de dos ó tres meses estará ya enteramente reabsorbida ó transformada en una mancha blanca nacarada. Se comprende que la rapidez de esta evolución varía con la edad del sujeto.

El número, la extensión y el asiento de las apoplejías varían según los casos. Son numerosas sobre todo en la región del polo posterior, en el contorno de la papila, á veces en la papila misma, en la región de la mácula. Pueden quedar limitadas á esta región ó bien extenderse hasta la periferia, como se ve, por ejemplo, en el caso de arteriosclerosis.

Bien desaparezcan las aplopejías sin dejar huellas ó bien produzcan alteraciones graves en la nutrición de la retina, el trabajo regresivo es siempre largo, y tanto más largo cuanta más edad tiene el sujeto. Si la sangre debe reabsorberse enteramente, la placa hemorrágica palidece desde la periferia hacia el centro, toma un tinte anaranjado, que se degrada, se va haciendo más claro, y finalmente deja una simple mancha grisácea cada vez más borrosa. Si, por el contrario, la retina ha sido muy alterada en su nutrición, los elementos que la componen sufren la degeneración gránulo-grasosa y las apoplejías no desaparecen sino dejando manchas de un color blanco brillante.

La extensión de las placas en superficie tiene menos importancia para el porvenir de la retina que su profundidad. Anchas placas hemorrágicas pueden desaparecer completamente sin dejar huellas, en tanto que pequeñas hemorragias profundas dejan placas blancas atróficas.

Las placas hemorrágicas están á veces rodeadas de una delgada orla negra; es el pigmento de las células hexagonales de la capa más externa de la retina, que ha sido barrido hacia el contorno en el caso de hemorragias á la vez profundas y extensas.

Los síntomas funcionales varían según el asiento, el número y la extensión de las hemorragias retinianas, y más tarde según las alteraciones producidas en el tejido propio de la retina. Hemorragias pequeñas y residentes en la periferia de la retina no producen trastorno alguno; apenas si se puede descubrir una estrechez en el campo visual en los casos generalizados á toda la periferia.

Cuando, al contrario, las hemorragias ocupan la región del polo posterior y en particular la mácula, ocasionan una disminución de la agudeza visual y escotomas más ó menos extensos.

Una hemorragia residente, no por completo sobre la mácula, sino en su vecindad inmediata, de manera que deforme simplemente la superficie de la retina á ese nivel, ocasiona la *metamorfopsia*. Los objetos pueden aparecer tan deformados, que la lectura y la escritura se hacen imposibles.

Las diversas fases por que pasa la regresión de esas hemorragias producen *cromatopsia*, apareciendo los objetos coloreados en rojo, en verde, en azul.

El *diagnóstico* es siempre muy fácil con sólo estar algo habituado á

examinar un fondo de ojo con el oftalmoscopio y nos limitamos á recordar el hecho de que á veces se puede creer erróneamente en la existencia de una apoplejía de la mácula sin que haya allí lesión alguna, cuando esa región, conservando su color y su transparencia, resalta fuertemente sobre el resto de la retina que se ha puesto edematosa.

Las hemorragias de la coroides no tienen los bordes en pavesas encendidas como las hemorragias retinianas; están situadas en un plano más profundo y no tienen relación alguna con los vasos de la retina, que pasan por delante de ellas sin sufrir ninguna alteración ni desviación.

B. — TRATAMIENTO

Siendo siempre las hemorragias retiniadas un síntoma de una enfermedad general, á este estado general deberá ante todo dirigirse la medicación. Las hemorragias pueden, además, ser la primera manifestación de ese estado; por eso es necesario, no solamente conocer la existencia de las hemorragias, sino también remontarse á sus causas y ver por su aspecto, por su asiento y por los otros fenómenos oftalmoscópicos que pueden acompañarlas, si se trata de albuminuria, de diabetes, de leucocitemia, de anemia ó simplemente de arteriosclerosis. Estas últimas, por lo demás, no son las menos graves; cuando las pequeñas arterias de la retina se rompen sin ninguna razón aparente, sin traumatismo, únicamente á causa de la fragilidad de sus paredes, puede también ocurrir lo mismo con las arterias del encéfalo, así es muy frecuente ver los enfermos afectos de hemorragias retinianas por arteriosclerosis sucumbir al cabo de pocos años por accidentes cerebrales.

El tratamiento general, el más importante, tiene, pues, por fundamento principal el diagnóstico etiológico y no hablaremos aquí de él. Recordemos solamente la necesidad de evitar en los predispuestos el estreñimiento, el frío en los pies, el trabajo con la cabeza demasiado inclinada hacia delante, el cuello demasiado apretado y, en general, todo lo que puede dificultar la circulación intracraneal y provocar fenómenos congestivos de parte de los ojos.

El tratamiento de las hemorragias en sí mismas debe variar en los diversos períodos de su evolución. Cuando el examen oftalmoscópico demuestra hemorragias muy recientes, todavía bien rojas y sin ningún indicio de modificación, es que se está sin duda todavía en pleno trabajo hemorrágico y que pueden producirse nuevas hemorragias. Se administran entonces algunos purgantes enérgicos: *tintura de jalapa* compuesta,

escamonea, *jarabe de espino cerval*, *coloquíntida*, y luego cornezuelo de centeno.

El *cornezuelo de centeno* natural, simplemente reducido á polvo, nos parece tener una acción notablemente más eficaz que las diversas preparaciones de ergotina dadas al interior. Hacemos tomar cada mañana, durante unos diez días, una oblea de 50 centigramos, luego se interrumpe la medicación para evitar todo accidente de ergotismo, y después de cuatro ó cinco días de reposo, se puede, si es necesario, volver á empezar. Otra preparación da, sin embargo, resultados más rápidos y más intensos: son las inyecciones hipodérmicas de extracto acuoso de cornezuelo de centeno hechas en la sien á la dosis de medio centímetro cúbico.

Los *vejigatorios* aplicados con el mismo objeto sobre el contorno de la órbita, tienen una utilidad muy dudosa.

Para favorecer la reabsorción de hemorragias ya producidas, se recurrirá á los *purgantes* ligeros, pero repetidos á menudo, y á las preparaciones yoduradas. El *yoduro de potasio* puede ser tomado desde el principio á dosis bastante elevadas, 2 ó 3 gramos por día, si los enfermos pueden soportarlo. Más tarde, al contrario, y para continuar de un modo permanente, se reducirá la dosis diaria á 40 ó 50 centigramos de yoduro de potasio.

Cuando las hemorragias están completamente reabsorbidas y han quedado placas de degeneración grasosa, ningún tratamiento puede dar resultado alguno. Hay que limitarse solamente á estimular, mediante preparaciones *estricneas*, las funciones del resto de la retina.

VI

Retinitis albuminúrica

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La retinitis albuminúrica se presenta sobre todo en las formas crónicas de la albuminuria, cuando esta enfermedad existe ya desde algún tiempo. Por lo demás, no está en relación con la cantidad de albúmina contenida en la orina y se pueden encontrar numerosas lesiones retinianas cuando la cantidad de albúmina no excede de algunos centigramos por litro. La retinitis existe lo más á menudo en la nefritis instersticial, con más frecuencia que en la nefritis parenquimatosa; en la degeneración amiloidea del riñón, es completamente excepcional.

Las causas patogénicas de la retinitis albuminúrica pueden ser divididas en dos órdenes, según que las alteraciones interesan las paredes vasculares, vasos ó corazón ó el líquido sanguíneo.

Habrá, por consiguiente, dos formas de retinitis albuminúrica. Cuando la retinitis depende de una alteración de la sangre, los síntomas por parte de los riñones preceden á los síntomas oculares; por ejemplo, la albuminuria del embarazo, de la escarlatina, de la difteria; al contrario, cuando se trata de una afección, sobre todo de los vasos, de las arterias y de los capilares, los síntomas oculares aparecen los primeros.

Las lesiones cardíacas, tan comunes en las nefritis albuminosas, aumentan también la tendencia á las hemorragias retinianas.

Los *síntomas oftalmoscópicos* de la retinitis albuminúrica se encuentran casi exclusivamente en la región del polo posterior, es decir, en la región de los grandes vasos. Las lesiones ocupan la capa de las fibras nerviosas y desde allí pueden invadir la capa de las células nerviosas y hasta las capas más externas de la retina.

La papila está hinchada, nebulosa, sus bordes son borrosos y su coloración rojiza se confunde insensiblemente con la del fondo del ojo. Las arterias están un poco adelgazadas, pero sobre todo las venas, dilatadas y tortuosas, están á trechos ocultas en parte por las nebulosidades de la retina. Esta nube cubre la papila y la retina en una extensión de dos ó tres diámetros papilares.

Esta nebulosidad está sembrada, en el trayecto de los grandes vasos, de manchas hemorrágicas y de manchas blancas, que tienen un aspecto estriado y están orladas de pavesas.

Hay dos especies de manchas blancas que difieren por su aspecto y su significación. Unas, estriadas, con el borde flameado, forman eminencia hacia el lado de la limitante anterior, costean ó cubren los vasos en diversos puntos.

Estas manchas son producidas por una alteración de las fibras nerviosas, que están hinchadas y varicosas. Las placas blancas de la segunda especie, claramente redondeadas en sus bordes, mejor deslindadas que las precedentes, están situadas á mayor profundidad, detrás de la capa de las fibras nerviosas y hasta en la región de la mácula donde estas fibras no existen; son causadas por una degeneración gránulo-grasosa de las capas granulares de la retina. Estas últimas placas se observan en una época más avanzada de la enfermedad. Se unen entre sí y forman á veces, en todo el contorno de la papila, un anillo completo. La papila misma acaba á menudo por palidecer y por atrofiarse.

La mácula presenta con frecuencia un aspecto característico en forma

de pequeñas líneas blanquecinas, que parten de la fóvea como los radios de una rueda de carruaje. La existencia de esta estrella á nivel de la mácula es debida á la disposición en esta región de las fibras radiadas que convergen hacia la fosita central y que están aquí atacadas de degeneración grasosa.

B. — DIAGNÓSTICO

El aspecto de la retinitis albuminúrica es absolutamente característico y no permite confundir esta afección con otra alguna, salvo quizás en ciertos casos, que deben ser muy raros y que nunca hemos encontrado, en los cuales esta retinitis no va acompañada de hemorragias ni de placas blancas en ningún punto de la retina.

Quizás es posible, en ciertos casos por lo menos, diagnosticar las diferentes formas de nefritis según las lesiones oftalmoscópicas que acarrean. En la nefritis intersticial, como hace observar König, las hemorragias arteriales dominan con disminución del calibre de las arterias; hasta se puede observar la obturación completa ó á trechos de los vasos. En las nefritis parenquimatosas dominan, por el contrario, las hemorragias venosas con edema de la retina y grandes manchas blancas en el contorno de la mácula.

C. — SÍNTOMAS FUNCIONALES

Los trastornos funcionales se reducen á una debilitación de la vista más ó menos marcada, á veces casi nula, á veces, al contrario, llegando hasta la ceguera casi completa, según la extensión y sobre todo según el sitio de las lesiones.

Lo más á menudo, al principio, los enfermos sólo se quejan de un trastorno bastante vago, en tanto que el oftalmoscopio demuestra que las lesiones son ya muy pronunciadas. Esta marcha insidiosa es también uno de los síntomas característicos de la retinitis albuminúrica. Es posible, por otra parte, que una ambliopía muy pronunciada coexista con lesiones retinianas apenas apreciables, cuando estas lesiones interesan precisamente la región de la mácula.

La retinitis albuminúrica existe siempre en los dos lados á la vez, pero es generalmente más pronunciada en un lado que en el otro.

D. — PRONÓSTICO

El pronóstico es grave desde un doble punto de vista; primero, desde el punto de vista general, la retinitis albuminúrica demuestra que los riñones se hallan en muy mal estado, y es muy raro que los enfermos atacados de esta afección no sucumban antes del fin del tercer año, ya por accidentes encefálicos, ya por accidentes urémicos.

El pronóstico es grave además para la visión misma; ésta queda fuertemente comprometida en todos los casos en que las lesiones han llegado al período regresivo; sólo en los casos muy recientes la afección retiniana es susceptible de curación y puede el tratamiento dar resultados positivos.

E. — TRATAMIENTO

El tratamiento es, por lo demás, bastante reducido. La retinitis albuminúrica es una de las afecciones que mejor demuestran lo muy útil que sería para todos los médicos saber practicar el examen oftalmoscópico, para el diagnóstico y para el pronóstico, pero es también una de aquellas en que, desde el punto de vista del tratamiento, el papel del oculista es menos activo.

El tratamiento general es el de la albuminuria en sus diversas formas; no tenemos por qué hablar de él; el oculista que hace por primera vez el diagnóstico de retinitis albuminúrica en un enfermo que ignoraba sufrir una afección de los riñones, debe limitarse á prescribir un *régimen lácteo* absoluto hasta que el enfermo pueda recibir para su estado general cuidados regulares.

El tratamiento local sólo puede ser eficaz al principio, cuando se trata de lesiones puramente inflamatorias. Este tratamiento consiste en *emisiones sanguíneas* hechas con prudencia para no debilitar á los pacientes, en el reposo absoluto de los ojos y en el empleo de *revulsivos* cutáneos é intestinales.

A causa de la hiperplasia del tejido conectivo de la retina, marcada sobre todo hacia la superficie interna de la membrana, donde produce á veces verdaderas excrecencias verrugosas, á causa de la esclerosis de los vasos que llega á veces hasta la endarteritis obliterante, el *yoduro de potasio* está indicado cuando nada en el estado general venga á impedir su empleo.

VII

Retinitis diabética

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

En los diabéticos, la retina puede ser asiento de lesiones análogas á las que se observan en los bríghticos; como los diabéticos tienen á menudo un poco de albúmina en la orina, algunos autores han creído que la albuminuria era siempre la causa de esas lesiones, pero esta opinión es ciertamente errónea. Hay diabéticos que presentan lesiones muy pronunciadas de la retina sin tener ni vestigios de albúmina en sus orinas; existe, pues, una retinitis diabética.

La retinitis diabética está caracterizada, como la retinitis albuminúrica, por hemorragias retinianas y placas blancas, sobre todo en la región del polo posterior, pero estas lesiones no están limitadas á esta región y se extienden á mucha mayor distancia hacia la periferia. Además, en la retinitis diabética, dominan los focos hemorrágicos; se abserva constantemente una mezcla de apoplejías y de focos de degeneración, sin que éstos puedan existir de un modo casi exclusivo, como ocurre en la retinitis albuminúrica.

Los trastornos funcionales en la retinitis diabética, son los mismos que se observan en la retinitis albuminúrica.

El *pronóstico* es igualmente malo desde el punto de vista general y desde el punto de vista del estado local; sin embargo, las lesiones de la retinitis diabética, estando constituídas por un mayor número de focos hemorrágicos y por menor número de focos de degeneración, tienen más probabilidades de mejorar y hasta de desaparecer.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento también aquí debe dirigirse sobre todo al estado general, pero, de otra parte, contra el estado local; á causa de la frecuencia de las hemorragias, se deberá hacer más amplio uso del *cornezuelo de centeno* y en particular las inyecciones subcutáneas de extracto acuoso de cornezuelo de centeno pueden prestar grandes servicios al principio.

Hay aquí, sin embargo, un gran escollo que evitar. Sabida es la frecuencia de las gangrenas en los diabéticos, y se puede temer que el cornezuelo de centeno, por la constricción vascular que provoca, no venga á

aumentar esa predisposición y á dar origen á accidentes perjudiciales. Así, pues, el cornezuelo de centeno sólo deberá darse durante muy poco tiempo y solamente cuando la utilidad de su empleo esté bien demostrada.

VIII

Retinitis leucocitémica

Esta afección se observa sobre todo en la forma esplénica de la leucocitemia.

La papila está decolorada, rodeada de una zona turbia y pálida de infiltración edematosa, en la cual los vasos, de un color rosa pálido, parecen enterrados á trechos. Las arterias son tenues, las venas aumentadas de volumen y flexuosas. Todo el fondo del ojo presenta una coloración anaranjada pálida debida al pequeño número de las hematíes y al gran número de los glóbulos blancos.

Las hemorragias, residentes en una región cualquiera de la retina, pero siempre en su capa anterior, son redondeadas, amarillentas en la parte central, orladas de rojo en la periferia; se encuentran igualmente manchas de un color blanco brillante.

Este aspecto es lo bastante característico para que se pueda hacer desde luego el diagnóstico de leucocitemia, que el examen de la sangre y del bazo vendrán á confirmar.

En esta afección, el punto más notable es la integridad absoluta de los elementos propios de la retina, de suerte que no hay que hacer ningún tratamiento local y todo debe reducirse al tratamiento general. La retinitis, por lo demás, seguirá todas las oscilaciones de la leucocitemia. Se deberá, no obstante, exigir el reposo absoluto de los ojos y el uso de cristales ahumados bastante obscuros, tinte número 4, para evitar toda irritación del ojo que podría atraer sobre este órgano nuevos accidentes.

IX

Retinitis sifilítica

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La retinitis es una afección relativamente precoz de la sífilis; aparece durante los accidentes secundarios y se muestra mucho más rara vez en el período terciario.

Esta retinitis puede aparecer directamente, pero más á menudo sucede á una iritis específica que marca su principio. Por eso, cuando se cuida un enfermo afecto de iritis sifilítica, es bueno practicar el examen oftalmoscópico en cuanto el fondo del ojo sea suficientemente iluminable. Así se sorprende el principio de la afección, que se presenta con un carácter objetivo.

En efecto, en la retinitis sifilítica no hay dolor, ni rubicundez, ni exceso de tensión, ni fenómeno alguno que pueda llamar la atención hacia ese lado. Los síntomas subjetivos son casi nulos, y cuando la visión no está ya alterada por la iritis y los exudados que produce, cuando la retinitis es primitiva, apenas si los enfermos se quejan de una ligera disminución de la agudeza visual y de moscas volantes. Los síntomas oftalmoscópicos son, pues, los principales, los únicos característicos y que permiten afirmar con toda seguridad el diagnóstico de la afección.

La papila está cubierta desde el principio de una nebulosidad que hace sus contornos borrosos y que cubre al mismo tiempo los vasos centrales hasta las inmediaciones de la mácula; más allá de este punto, el fondo del ojo aparece, por el contrario, con claridad. Todo se localiza á nivel del polo posterior, pero la papila no está hinchada como se ve en otras variedades de retinitis.

Si se examina el fondo del ojo con la imagen derecha, es decir, sin lente, con un espejo plano y un alumbrado débil, se ven en el centro de la nebulosidad que cubre la papila un gran número de pequeñas opacidades grisáceas, muy finas y que oscilan durante los movimientos del ojo. Este punteado fino es un fenómeno casi constante en cierto período de la neuritis óptica sifilítica y es característico de la enfermedad.

En un período más avanzado, y cuando la enfermedad se hace grave, se puede ver un reblandecimiento progresivo del cuerpo vítreo con copos más voluminosos y animados de un movimiento más rápido. Se forman en diversos puntos de la retina emigraciones pigmentarias al mismo tiempo que la coroides se decolora á trechos; se trata ahí de una verdadera coriorretinitis. Al mismo tiempo, la papila se decolora y se atrofia; los vasos centrales, que primero se conservaban normales, se van volviendo filiformes.

B. — DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la retinitis sifilítica es fácil: cuando se encuentran huellas de iritis con exudados iridianos sobre la cristaloides anterior, un polvo fino en la parte posterior del cuerpo vítreo delante de la papila, una

neuritis óptica simple sin alteración de los vasos, sin placas blanquecinas en la retina, sin manchas hemorrágicas, se puede afirmar la existencia de la sífilis en el enfermo, aun cuando no se encuentre fuera de esto ningún antecedente.

C. — PRONÓSTICO

El pronóstico es muy variable, según el estado general del enfermo y según la época en que acude á pedir remedio. Al principio, cuando la papila sola está interesada, se puede, por un tratamiento enérgico, obtener una curación completa, sin que quede huella alguna de la afección. Más tarde, cuando la coriorretinitis está constituída, sobre todo cuando han aparecido lesiones maculares, el pronóstico es mucho más grave; se puede detener la marcha progresiva de las lesiones; es mucho más difícil obtener la desaparición de las que ya existen. La visión quedará más ó menos disminuída. El pronóstico es grave, sobre todo cuando los vasos se vuelven filiformes y cuando la papila se atrofia. Es bueno, sin embargo, indicar aquí un hecho curioso: es que la visión mejora á veces considerablemente, vuelve á ser casi normal, aunque los vasos sigan siendo filiformes y la papila muy blanca.

D. — TRATAMIENTO

Así como nos encontrábamos desarmados en los casos de retinitis albuminúrica ó diabética, así, por el contrario, la terapéutica recobra todos sus derechos y toda su importancia en la retinitis sifilítica. Como el tratamiento local tiene aquí una importancia secundaria, el tratamiento general debe dominar y ser planteado de una manera muy activa, modificando su intensidad según la marcha de las lesiones del fondo del ojo.

El empleo del *mercurio* domina mucho sobre el del *yoduro* en las afecciones sifilíticas del fondo del ojo, y el yoduro debe ser reservado para ciertos períodos. Se darán desde un principio *fricciones de ungüento mercurial* á 2, 3 ó 4 gramos por día, y hasta á veces más, según la edad y el estado general de los sujetos. No se debe olvidar, en efecto, que si los niños y los individuos jóvenes soportan admirablemente el mercurio, no ocurre lo mismo con las personas llegadas á una edad bastante avanzada.

En una persona de veinte á treinta años, por ejemplo, se darán desde luego 2 gramos de ungüento mercurial para fricciones hechas todas

las noches, al momento de acostarse, en el hueco axilar; en el pliegue del codo, en el pliegue inguinal ó en el hueco poplíteo. Hay que friccionar suavemente con la pomada durante unos cinco minutos, luego dejar la pomada en el sitio, rodeando la parte friccionada de un lienzo que tendrá un doble objeto: evitar que se manchen las ropas y además mantener la pomada en su sitio para que la absorción continúe durante la noche.

No recordaremos aquí las discusiones que se han sostenido acerca del modo de penetración y de acción de la pomada mercurial. Nos basta saber que esa acción es indisputable, y que es el medio más inofensivo de hacer penetrar rápidamente mucho mercurio en la economía.

No es inútil recordar algunas precauciones indispensables en este tratamiento en el que las dosis van á ser progresivamente crecientes y que será siempre de larga duración.

Es bueno advertir á los enfermos que un metal cualquiera puesto en contacto con la pomada, sortija, pendiente, etc., sería profundamente alterado.

Cada mañana hay que enjabonar cuidadosamente la región de la piel donde se ha hecho la fricción la noche antes, para evitar toda irritación de esa piel y para que conserve toda su facilidad de absorción.

Los enfermos deberán cuidar mucho su boca para evitar la estomatitis mercurial. No siempre hay tiempo ni facilidad para enviarlos á un dentista que ponga su boca en perfecto estado antes de empezar el tratamiento mercurial, pero es preciso recomendarles que se enjuaguen frecuentemente la boca, en particular al fin de cada comida para evitar la permanencia en los dientes cariados, en sus intersticios ó en las encías, de partículas alimenticias que ocasionarían ó mantendrían la inflamación.

Recomendamos, además, á todos los enfermos que cada mañana se froten vigorosamente los dientes y las encías con un cepillo duro impregnado del polvo dentífrico siguiente:

Clorato de potasa pulverizado.	20 gramos
Creta preparada.	20 —
Esencia de menta.	Una gota

M. s. a.

Este polvo dentífrico da siempre resultados excelentes. Es eficaz, es agradable, y muchos enfermos continúan sirviéndose de él aun cuando ya no tienen que seguir el tratamiento mercurial.

Dos gramos de ungüento mercurial en fricciones por día es una dosis inicial; se llegará rápidamente á 3 y 4 gramos y aun más, á medida que el estado de las lesiones lo necesite, pero es preciso que la dosis sea regu-

lar, hay que desconfiar de los farmacéuticos que en la clientela pobre, la clientela de los hospitales y de las clínicas, no se toman el trabajo de dividir, por ejemplo, 40 gramos de ungüento mercurial en diez dosis iguales y se limitan á dar al enfermo un bote de pomada, enseñándole aproximadamente el valor de la porción que él mismo deberá tomar con el dedo. Dejando al enfermo apreciar así, por sí mismo, la dosis, se llega á resultados muy variables, pues la cantidad cambia de simple á triple de un día al siguiente, de lo cual resulta ó un efecto insuficiente ó accidentes. Es necesario, pues, exigir que el farmacéutico pese por sí mismo exactamente las dosis y que las entregue al enfermo, ya en cajitas de madera, ya envueltas en papel pergamino.

Este tratamiento tiene un inconveniente, y es de ser poco limpio y difícil de tener oculto. Muchos casados rehusan engrasarse por la noche una parte cualquiera del cuerpo con esa pomada mercurial negruzca en presencia de su mujer. Otra objeción menos seria consiste en reprochar á este tratamiento el tiempo que requiere para hacer las fricciones por la noche y las jabonaduras por la mañana. Otros enfermos, con los que es difícil razonar, no quieren absorber mercurio en forma alguna. Sea como quiera, hay algunas de estas objeciones que no hay más remedio que tenerlas en cuenta en la clientela, y podrá ser preciso tener que recurrir á otras preparaciones mercuriales. El *licor de van Swieten* está algo pasado de moda y no sin razón, pero las *píldoras de protoyoduro,* de *biyoduro* ó de *sublimado,* continúan á la altura de su antigua reputación. Las píldoras de protoyoduro son las de más cómodo manejo. Se formularán así:

Protoyoduro de mercurio	0 gr. 50
Extracto tebaico.	0 gr. 10
Extracto de coca.	0 gr. 50

H. s. a. 10 píldoras, para tomar una ó dos por día.

El extracto tebaico se pone aquí para disminuir la irritación intestinal y la diarrea que el protoyoduro solo ocasiona á menudo; pero si el enfermo está á menudo estreñido, se suprimirá de estas píldoras el extracto tebaico, previniendo que el uso de las píldoras puede ocasionar algunos cólicos y diarrea, de lo cual, por otra parte, sólo puede resultar una revulsión útil cuando es moderada.

Se puede, en esas píldoras, modificar la dosis del protoyoduro según el estado del enfermo y dar dos píldoras, que se podrán tomar antes de las dos principales comidas.

El tratamiento por las píldoras es seguramente el más cómodo para los enfermos, porque no ocupa tiempo y pueden seguirlo fácilmente sin

que nadie se entere. Pero es ciertamente menos eficaz que las fricciones y sobre todo menos eficaz que las inyecciones hipodérmicas de que todavía no hemos hablado.

Las *inyecciones hipodérmicas* de sales insolubles, como los *calomelanos*, tienen partidarios muy convencidos, que les deben brillantes éxitos, pero las inyecciones de sales solubles, biyoduro, bicloruro ó cianuro, cumplen todas las indicaciones y son mucho más fáciles de manejar. El *bicloruro de mercurio* es doloroso; la adición de cocaína permite evitar en gran parte este dolor, pero el sublimado descompone todos los alcaloides, y para mantener estas dos substancias, sublimado y cocaína, en la misma solución, son necesarios diversos artificios, que hacen poco cómodo el empleo de este medio.

El *aceite biyodurado* del profesor Panas, que contiene 1 centigramo de biyoduro de mercurio por centímetro cúbico de aceite de olivas esterilizado, da excelentes resultados, y su empleo es muy recomendable, pero para ser bien hecho necesita una preparación minuciosa de que no todos los farmacéuticos son capaces; por eso empleamos habitualmente una solución de cianuro de mercurio.

La solución de *cianuro de mercurio* al 1 por 100 ofrece la ventaja considerable de constituir una preparación absolutamente estable, fácil y que no provoca dolor alguno. Además, no altera las jeringas, lo cual es digno de notarse. Nos parece ser actualmente la solución ideal para las inyecciones hipodérmicas. Se puede, en un adulto, inyectar cada dos días, en la parte superior de la región glútea, 1 centímetro cúbico de la solución al 1 por 100, ó sea 1 centigramo de cianuro de mercurio, sin provocar dolor alguno y sin correr el riesgo de ocasionar abscesos, siempre que la jeringa y la solución estén igualmente limpias.

El tratamiento por las inyecciones hipodérmicas, el más eficaz, tiene desgraciadamente un inconveniente enorme, y es obligar al enfermo á ir á casa del médico dos ó tres veces por semana. Es excelente para los enfermos pobres que no trabajan y vuelven tanto como se quiera al hospital ó á la clínica; va bien asimismo en los enfermos muy ricos, que no cuentan las visitas de su médico; es, por el contrario, de difícil aplicación para los enfermos de la clase media á quienes falta tiempo para ello y que se resisten á un tratamiento forzosamente muy costoso.

Cualquiera que sea el modo de administración del mercurio, el tratamiento deberá ser continuado largo tiempo. En efecto, la evolución de la retinitis sifilítica es extremadamente lenta y se debe continuar el mercurio durante toda esta evolución, hasta la desaparición completa de los accidentes ó hasta que las lesiones se hayan hecho completamente incurables.

Se ha de considerar además el estado general del sujeto; de ordinario es bueno dejar intervalos de reposo durante los cuales los enfermos tomarán *yoduro de potasio* ó quedarán sin tratamiento alguno.

Además del tratamiento mercurial general, Darier ha preconizado el empleo del mercurio en *inyecciones subconjuntivales*. Después de instilar entre los párpados algunas gotas de un colirio con cocaína al 3 por 100, se pincha la conjuntiva con la punta de la aguja de la jeringa de Pravaz, dirigiendo esta aguja tangencialmente á la esclerótica, y se inyecta una sola gota de una solución de bicloruro ó de cianuro de mercurio al 1 por 1000. La inyección hecha así no es dolorosa de momento, pero provoca luego una rubicundez bastante viva y bastante extensa, por lo menos cuando se ha empleado el sublimado; esta rubicundez, bastante dolorosa, persiste al menos unos ocho días y apenas se puede repetir esa inyección más de una vez por semana. Sea como quiera, este modo de tratamiento, que ha hecho sus pruebas en otras afecciones oculares, no nos ha dado resultado en la retinitis sifilítica.

El tratamiento general es con mucho el más eficaz, el más indispensable; pero de ello no se sigue que el tratamiento local sea insignificante. Se deberá recomendar el reposo más completo posible de los ojos; los enfermos deberán evitar la luz y usar habitualmente cristales ahumados. Un tratamiento antiflogístico está indicado siempre que la enfermedad revista un carácter agudo.

Las *corrientes continuas* han sido sucesivamente preconizadas y abandonadas; tienen su indicación cuando los fenómenos inflamatorios han cesado y cuando quedan sobre todo copos en el cuerpo vítreo.

X

Retinitis pigmentaria

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La retinitis pigmentaria, llamada también retinitis *atigrada* ó retinitis *hemeralópica,* del nombre de uno de sus principales síntomas, ataca á menudo á dos ó más miembros de una misma familia. Es la enfermedad por la que más á menudo se ha invocado la consanguinidad del padre y de la madre y, en efecto, esta consanguinidad se encuentra en cierto número de casos; pero está lejos de existir en todos y es difícil determinar la

parte que corresponde realmente á esta etiología. De otra parte, no se puede invocar la herencia, por lo menos bajo esta forma, porque si la retinitis pigmentaria aparece frecuentemente en varios hermanos y hermanas, nunca la hemos observado á la vez en los padres y en sus hijos.

Se encuentran bastante á menudo otros vicios de conformación en diversos puntos del cuerpo, por ejemplo, la presencia de seis dedos en cada mano y en cada pie.

La retinitis pigmentaria afecta siempre los dos ojos á la vez y las pocas observaciones en que esta enfermedad ha interesado un solo ojo nò son convincentes.

Los síntomas fundamentales son tres: la hemeralopia, la estrechez concéntrica del campo visual y las manchas pigmentarias de la retina.

La hemeralopia es debida á una especie de estupor de la retina que sólo es sensible con un alumbrado bastante vivo; por eso este achaque existe igualmente durante el día, cuando los enfermos se encuentran en un medio poco iluminado.

La estrechez concéntrica del campo visual se presenta desde el principio y va aumentando sin cesar, tanto que los enfermos acaban por no ver sino en línea recta ante sus ojos en un espacio muy limitado.

El examen oftalmoscópico demuestra numerosas manchas pigmentarias, que presentan el aspecto de corpúsculos óseos vistos al microscopio, es decir, que emiten numerosas prolongaciones, por las que se anastomosan entre sí. Estas manchas empiezan en la periferia, se multiplican cada vez más avanzando hacia el centro, y se pueden ver al fin manchas de pigmento sobre la papila misma.

Son estos los tres síntomas principales, constantes, aunque se haya descrito una retinitis pigmentaria sin pigmento; pero el cuadro clínico se completa por otros síntomas que no faltan á menudo, por lo menos al cabo de cierto tiempo. Son la catarata polar posterior, los copos del cuerpo vítreo, luego un aspecto muy especial y muy característico de la papila: ésta presenta una coloración rosada amarillenta uniforme; los vasos presentan una disminución de calibre cada vez más pronunciada, las arterias sobre todo acaban por quedar reducidas á delgados filetes rojos, á veces están completamente obstruídas y transformadas en cordones blanquecinos.

Apenas será útil añadir que, en estos casos, el trastorno de la visión no se reduce á la estrechez concéntrica del campo visual; la misma visión central disminuye cada vez más, á medida que la papila se atrofia.

La marcha de la retinitis pigmentaria es esencialmente crónica. Los

principios se remontan generalmente á la infancia y puede emplear veinticinco ó treinta años en recorrer sus diferentes etapas.

La terminación es, en todo caso, siempre la misma. Después de una marcha más ó menos lenta, á veces después de períodos estacionarios más ó menos prolongados, la enfermedad acaba por producir la ceguera completa.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento tendrá sobre todo por objeto retardar la marcha de la enfermedad, pues no hay ni parece que pueda haber ejemplo de curación.

Los *yoduros* y el *mercurio* no hacen nada; más bien parecen tener aquí una influencia nociva; los tónicos es lo que ha dado mejores resultados: se empleará, pues, el *hierro*, la *quina* y sobre todo la *estricnina*, en forma de colirio, ó bien al interior en forma de *tintura de nuez vómica* ó de *gotas amargas de Baumé*. Así se consigue mejorar durante cierto tiempo la visión central de los enfermos.

Estos deberán además evitar todo lo que podría acelerar la marcha de la retinitis pigmentaria, por ejemplo, el sol, la luz viva, el polvo, la fatiga de los ojos causada por esfuerzos de acomodación. Se deberá, pues, en tanto que la visión central sea suficiente, prescribir cristales ahumados para salir; luego, para trabajar, si ha lugar, cristales apropiados al grado y la forma de la ametropia.

XI

Desprendimiento de la retina

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Pegada por su cara interna á la membrana hialoides, y por su cara externa á la coroides, la retina puede separarse de una ó de otra de estas dos membranas; pero para esto es necesario, bien que el cuerpo vítreo se altere y se retraiga, bien que la coroides se distienda. Para que la retina se levante, es preciso que el cuerpo vítreo, elástico, esté á su vez atraído, retraído y, en efecto, la retina, en cuanto está desprendida, flota como en un espacio vacío; en los miopes, antes del desprendimiento hay reblan-

decimiento del cuerpo vítreo, y casi siempre el desprendimiento se efectúa en ojos cuya tensión es inferior á la normal.

La ectasia de la coroides, como se ve en los casos de miopia de marcha progresiva, es una causa evidente y muy frecuente de desprendimiento; las dos causas, reblandecimiento del cuerpo vítreo y ectasia de la coroides, coexisten, por lo demás, en general y hacen que el desprendimiento de la retina por miopia sea con mucho el más común.

Hay otras causas de desprendimiento; por ejemplo, la salida brusca del humor vítreo, durante una operación de catarata. El cuerpo vítreo se despega en la región del polo posterior; se derrama líquido entre él y la retina; los vasos, menos sostenidos, dejan fluir serosidad entre la retina y la coroides y el desprendimiento queda constituído.

Un traumatismo del cuerpo vítreo, con ó sin presencia de un cuerpo extraño en este órgano, la simple propagación de una inflamación vecina, pueden ocasionar una transformación conjuntiva de este tejido y un desprendimiento de la retina.

El desprendimiento de la retina interesa generalmente un solo ojo, pero en un octavo de los casos próximamente interesa á la vez á los dos ojos.

El sitio de elección del desprendimiento de la retina al principio, son las partes superiores y ecuatoriales del ojo. El desprendimiento progresa invadiendo poco á poco las partes declives. A veces llega á ser total, y la retina presenta entonces la forma de un embudo que corresponde por su vértice á la papila y por su base á los procesos ciliares.

La catarata es una complicación bastante frecuente, sobre todo en los sujetos jóvenes. Por otra parte, los ojos desprendidos desde largo tiempo pueden acabar por hacerse pequeños y blandos.

El desprendimiento de la retina es á veces visible á simple vista, cuando la membrana, completamente despegada, se pone en contacto con la cara posterior del cristalino, pero es siempre necesario servirse del oftalmoscopio al menos para hacer un diagnóstico completo.

La parte desprendida de la retina resalta fácilmente por su coloración blanco-grisácea y por su fluctuación sobre las partes sanas. Del lado de la papila sobre todo, el límite del desprendimiento es muy marcado; se ve mucho menos fácilmente del lado del ora serrata. La superficie del desprendimiento está surcada de vasos retinianos que forman bruscamente codos, ganchos, cuando pasan de la parte despegada á la parte sana. El color rojo habitual de esos vasos se cambia en un color negruzco cuando la sangre cesa de circular; las líneas morenas ó negras toman un color tanto más pronunciado, cuanto más blanca se vuelve la retina desprendida.

Siendo el desprendimiento de la retina causado lo más á menudo por una miopia fuerte, no es raro encontrar otras lesiones del ojo; por ejemplo, placas de atrofia coroidea, reblandecimiento con copos del cuerpo vítreo.

El desprendimiento de la retina tiene un principio brusco: un velo oculta de repente una parte más ó menos considerable del campo visual, más á menudo la parte inferior al principio. Este síntoma es muy marcado en los enfermos que anteriormente tenían buena vista; al contrario, en los individuos muy miopes, con numerosas alteraciones coroideas y que ya ven muy mal, el desprendimiento de la retina podrá pasar casi inadvertido. Asimismo, enfermos inteligentes y ocupados en trabajos delicados, experimentarán desde el principio fenómenos que escaparán á individuos empleados en trabajos groseros.

Los fenómenos iniciales que preceden al desprendimiento de la retina son una ondulación pasajera de los objetos que miran los enfermos; una sensación de lluvia fina, pues los enfermos ven como á través de una capa de agua; fosfenos, pues los objetos vivamente alumbrados parecen rodeados de una zona azul, violada ó roja. La metamorfopsia se presenta cuando el desprendimiento reside en un punto vecino al polo posterior.

El *pronóstico* del desprendimiento de la retina es grave; los casos de curación son raros, y vamos á verlo al momento, por la multitud de medios de tratamiento preconizados. Se han señalado casos de curación espontánea, cuando se trataba de ojos sanos y de desprendimiento de origen traumático ó consecutivo á hemorragias; hasta se han señalado casos de curación de desprendimiento miópico, pero esto es completamente excepcional y conviene saber que, en los casos en que el desprendimiento ha durado algún tiempo, si la retina vuelve á ocupar su sitio, nunca recobrará sus funciones.

El desprendimiento puede permanecer largo tiempo estacionario, pero habitualmente progresa con una rapidez más ó menos grande y acaba á menudo por ser completo. El ojo puede, sin embargo, conservar su forma y su aspecto, pero la catarata, una catarata blanquecina, es una complicación frecuente; por otra parte, la retracción del cuerpo vítreo puede deformar el globo y atrofiarlo.

B. — TRATAMIENTO

La abundancia de los medios de tratamiento preconizados contra el desprendimiento de la retina demuestra que, desgraciadamente, en la mayor parte de los casos, esos medios son absolutamente ineficaces.

El desprendimiento de la retina es, en efecto, una de las afecciones más difíciles de curar y aun de mejorar aunque sea poco. Existen, no obstante, casos en los cuales la terapéutica es eficaz, y para la elección de esta terapéutica, deben servir de guía la causa, la forma, el sitio de ese desprendimiento retiniano.

Los medios puramente médicos y los medios quirúrgicos se han repartido el favor de los oculistas. El desprendimiento sobreviene, de ordinario, en miopes con atrofia coroidea y reblandecimiento del cuerpo vítreo. El *yoduro* y el *mercurio* están, pues, indicados para combatir las lesiones de la coroides y del vítreo.

Existe un derrame de líquido debajo de la retina. Están, pues, indicados los *derivativos* y los *revulsivos*, los *purgantes drásticos* repetidos de vez en cuando, los *sudoríficos;* la *tisana de Zittmann* ha gozado durante mucho tiempo de gran favor. Desde el descubrimiento de las propiedades del *jaborandi* y de su alcaloide, la *pilocarpina*, la tisana de Zittmann ha sido reemplazada por las inyecciones hipodérmicas de nitrato y de clorhidrato de pilocarpina, que provocan una sudación generalmente poco pronunciada, pero producen una salivación abundante. Estas inyecciones dan á veces resultados apreciables contra los copos del cuerpo vítreo, y su empleo parece estar muy indicado en el desprendimiento de la retina; algunos autores hablan muy bien de ellas y hasta las atribuyen cierto número de éxitos, pero es mucho más común que sus resultados sean completamente nulos.

Los enfermos ven mejor por la mañana al despertar, cuando han estado algún tiempo en reposo, sobre todo en la posición horizontal. Se ha tratado, pues, de curar á esos desgraciados manteniéndolos en cama en posición horizontal, con la cabeza apenas ligeramente levantada, durante seis, siete ú ocho meses. Estos enfermos han visto recompensada su paciencia con una curación que duraba... algunas horas, y luego todo volvía á quedar como antes.

Los *medios quirúrgicos* son todavía más numerosos que los precedentes, sin que su acción esté más claramente demostrada.

El más sencillo es la *punción:* estando el enfermo acostado boca arriba, con los párpados separados, cocainizado, se le hace mirar hacia el punto diametralmente opuesto al sitio de su desprendimiento; por ejemplo, si el desprendimiento está situado en la parte superior é interna, el enfermo mirará fuertemente hacia abajo y afuera, el ojo será mantenido en esa posición con la pinza de fijación, de manera que descubra todo lo posible la esclerótica á nivel del desprendimiento; luego, en el intervalo comprendido entre los músculos rectos, en el caso supuesto el recto supe-

rior y el recto interno, se punciona con un cuchillo de Græfe la esclerótica á nivel del desprendimiento; se hunde el cuchillo apenas 2 milímetros, de manera que penetre debajo del desprendimiento, pero en lo posible sin atravesar la retina; entonces, separando con el cuchillo uno de los labios de la herida esclerotical que se acaba de hacer, se deja salir el líquido subrretiniano. Los enfermos deben quedar luego condenados á un reposo absoluto durante algunos días al menos, para permitir que la retina vuelva á pegarse.

Teóricamente, la operación es muy fácil, y en efecto, apenas se tropieza con dificultades sino cuando el desprendimiento, aún muy circunscrito, corresponde al mismo nivel de uno de los músculos rectos, pero los resultados prácticos son poco frecuentes. La curación se obtiene en algunos casos muy raros; generalmente no se consigue resultado alguno.

El *desagüe* ha sido preconizado hace unos veinte años; desde hace mucho tiempo ha caído en un olvido merecido.

La *iridectomía* ha gozado durante algún tiempo de cierta boga y se han publicado en su favor casos de curación bastante numerosos. Por lo demás, no extiste un solo método terapéutico, aun siendo absolutamente nulo, en apoyo del cual no se hayan citado curaciones numerosas. En realidad, la iridectomía produce generalmente un traumatismo inútil y no da más curaciones que los otros procedimientos.

La *punción* seguida de *inyección* de una gota de *tintura de yodo,* rehabilitada en Alemania por Schœler en 1889, ha sido rápidamente abandonada, pero no sin haber tenido tiempo de provocar algunos accidentes muy dañosos.

Entre los procedimientos de tratamiento preconizados recientemente, figura la *electrolisis*, que ha dado primero resultados como todos los procedimientos nuevos, pero que, poco tiempo después de su introducción, ha dado fracasos suficientemente numerosos y marcados para disuadir en absoluto de volver á intentar su empleo.

Así, pues, todos los procedimientos que acabamos de revisar, fuera de algunos casos de curación quizás espontánea, han dado, ya resultados efímeros, ya resultados nulos, ya hasta accidentes. Nos parece, pues, prudente atenernos á las consideraciones siguientes.

Fuera de los traumatismos y de los casos raros de desprendimiento por hemorragia, el desprendimiento de la retina es casi siempre de origen miópico.

Se ve en personas afectas de reblandecimiento del cuerpo vítreo, con alteraciones coroideas más ó menos pronunciadas. Sin embargo, en

tesis general, cuando los enfermos presentan cierto grado de coriorretinitis, estando la retina soldada á la coroides por los productos inflamatorios, el desprendimiento rara vez se realiza.

Es preciso, pues, hacer un tratamiento profiláctico y someter al *yoduro* y al *mercurio* á dosis pequeñas, con diversos intervalos, á los miopes con lesión de la coroides y del cuerpo vítreo; es necesario pedirles que eviten todo lo que pudiera provocar alguna congestión por parte de la cabeza ó de los ojos; deberán, pues, evitar el estreñimiento, no trabajar teniendo frío en los pies y guardarse de inclinar demasiado la cabeza hacia delante para leer ó escribir.

En el caso de enfermos inteligentes y que se observan, en los que el desprendimiento es anunciado con alguna anticipación por la deformación de las imágenes de los objetos, por ligeras nieblas y por algunos fosfenos, es necesario, si hay tiempo para intervenir, prescribir un reposo absoluto de los ojos y la permanencia en cama.

Una vez constituído el desprendimiento, su tratamiento podrá ser médico ó quirúrgico. El tratamiento médico no da resultados sensiblemente inferiores al otro. Se instilarán colirios con *atropina* en todos los casos en que la tensión ocular es inferior á la normal, para aumentar la tensión dentro del cuerpo vítreo, su resistencia, y facilitar, por consiguiente, que la retina vuelva á pegarse.

Es algo hipotético querer sustraer cierta cantidad de agua de la economía con la esperanza de disminuir la cantidad de líquido contenido en el desprendimiento retiniano; sin embargo, se han recomendado con éxito dudoso los *purgantes* repetidos y drásticos. La tisana sudorífica de Zittmann gozaba en otro tiempo de cierto favor, que ha perdido por completo después del descubrimiento del jaborandi y de su alcaloide, la pilocarpina.

Las inyecciones subcutáneas de *pilocarpina* parecen contribuir á veces á disminuir la cantidad del derrame subrretiniano, pero pueden tener un grave inconveniente, que es bueno recordar. Transpiraciones abundantes, una salivación repetida, han tenido ciertamente por efecto acelerar el desarrollo de una catarata en vía de evolución. Como, por otra parte, el desprendimiento de la retina por sí solo provoca bastante á menudo el desarrollo de una catarata por los trastornos que ocasiona en la nutrición del fondo del ojo, es necesario evitar reunir los dos medios para llegar á un mismo fin perjudicial.

Como tratamiento quirúrgico, nos limitamos desde hace algunos años, bien, rara vez, á la *punción* simple seguida de la permanencia en cama, bien, más á menudo, á aplicaciones de *puntas de fuego* sobre la escleró-

tica á nivel del desprendimiento. El manual operatorio de esta operación es muy sencillo.

Estando el ojo cocainizado, el enfermo mira al lado opuesto á su desprendimiento, por ejemplo, hacia arriba si el desprendimiento está en la parte inferior. Se separa fuertemente el párpado, á nivel del desprendimiento con el extremo del índice, dejando el borde libre del párpado aplicado contra el globo del ojo; en efecto, si el párpado se invirtiera, se presentaría todo el fondo de saco conjuntival sobre el que no se ha de intervenir y sería difícil evaluar la profundidad á que llega el termocauterio. Es, pues, necesario que la esclerótica se halle cubierta por la conjuntiva sola. Se hunde entonces, á nivel del desprendimiento, la punta fina del termocauterio, llevada al rojo obscuro, de modo que atraviese la mitad próximamente del espesor de la esclerótica. Se aplican de esta manera, tres, cuatro ó cinco puntas de fuego á nivel del desprendimiento.

Con algún hábito se consigue fácilmente darse cuenta de la profundidad á que se penetra La resistencia de la esclerótica es muy diferente de la de la conjuntiva que se acaba de atravesar; es necesario hundir aún un poco más después que se ha empezado á sentir esa resistencia, pero téngase cuidado de no atravesar enteramente la membrana, porque se expondría entonces á provocar una fístula interminable y á ocasionar quizás la atrofia del globo del ojo.

La inflamación substitutiva que así se trata de provocar debe, sin embargo, hacerse sentir hasta la coroides, ayudar á la reabsorción del líquido derramado y provocar una coriorretinitis con adherencia de estas dos membranas. En efecto, en los casos, muy raros por lo demás, en que hemos obtenido la curación por este procedimiento, se veían en seguida con el oftalmoscopio, á nivel de los puntos donde el termocauterio había sido aplicado y que estaban anteriormente ocupados por el desprendimiento, placas de coriorretinitis. La retina que vuelve á pegarse no recobra generalmente sus funciones, pero todo se reduce entonces á un escotoma, y ya no es de temer que el desprendimiento aumente é invada toda la retina como ocurre habitualmente.

Este procedimiento, al contrario de muchos otros, es completamente inofensivo, por poca costumbre que se tenga de aplicar puntas de fuego sobre el globo del ojo. Sólo tiene un inconveniente, y es el de ocasionar la retracción cicatricial de la conjuntiva del fondo de saco á nivel del desprendimiento; estas puntas de fuego no pueden, pues, repetirse indefinidamente; además, basta repetir cinco ó seis veces esas aplicaciones. El enfermo puede luego ser abandonado á sí mismo; quedará rara vez curado,

á veces quedará aliviado; lo más á menudo, en todo caso, el desprendimiento quedará estacionario, y su marcha, de ordinario progresivamente creciente, parecerá mucho más lenta de lo que sería sin eso.

XII

Embolia de la arteria central de la retina

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La arteria central asegura casi por sí sola la nutrición de la retina. Si la circulación es bruscamente interrumpida en el tronco principal de la arteria ó en una de sus ramas, la retina entera, ó la parte que corresponde á la distribución de la rama obstruída, pierde inmediatamente su sensibilidad.

La embolia misma, cuando se produce en el tronco de la arteria central, es inaccesible á nuestros medios de investigación, pero al oftalmoscopio se ve una papila muy pálida, si bien ha conservado su transparencia, al contrario de lo que ocurre en la atrofia de la papila. Las arterias se vuelven filiformes y á veces se presentan bajo la forma de cordones blancos.

Algunos días después, á consecuencia de los trastornos sobrevenidos en la nutrición de la retina, la papila parece cubierta de una nube grisácea, que se extiende hasta la mácula, siguiendo principalmente el trayecto de los vasos. La mácula, conservando su coloración normal, aparece entonces como una mancha roja obscura que simula una apoplejía.

Generalmente la visión queda abolida por completo. La papila se atrofia; los vasos cerca del nervio óptico quedan reducidos á delgados filamentos rodeados de una doble orla blanca; en toda la periferia quedan reducidos á simples cordones blancos.

Desde el punto de vista funcional, la afección se caracteriza por la aparición repentina de un velo que puede llegar en algunos instantes á la ceguera completa. La embolia se produce muy generalmente por la noche y el enfermo lo advierte por la mañana al despertar. A veces, antes de perder la visión de un ojo, los enfermos han tenido obscurecimientos pasajeros; esto puede ser debido á que la corriente sanguínea perturbada acaba por restablecerse hasta el momento en que la obstrucción se hace completa y definitiva.

Los síntomas á que acabamos de pasar revista son casi suficientes

para que pueda desde luego hacerse el diagnóstico. En efecto, esa embolia sobreviene en un ojo primitivamente intacto y en el cual la visión se pierde bruscamente y por completo. Sólo se ven síntomas análogos en el desprendimiento de la retina, pero aquí casi siempre el ojo era miope anteriormente y la visión no era muy buena; además, el trastorno de la visión al principio sólo interesa una parte limitada del campo visual, como puede ocurrir, es verdad, pero por excepción, en el caso de embolia de una rama solamente de la arteria central.

Si el accidente interesa á la vez los dos ojos, no se puede admitir una embolia que se produce á la vez á cada lado en la misma arteria; hay que pensar entonces en una lesión central, hemorragia cerebral ó doble neuritis retrobulbar.

El examen oftalmoscópico disipará pronto toda duda sobre este punto.

El pronóstico es muy grave por dos razones: primero, el funcionalismo del ojo está gravemente comprometido en el caso de embolia parcial, y absolutamente en el caso de embolia total; de otra parte, puede ocurrir en el cerebro lo que ya ha ocurrido en el ojo; estos enfermos se hallan constantemente expuestos á una hemorragia cerebral ó á un reblandecimiento.

B. — TRATAMIENTO

El único tratamiento que ha dado algún resultado es el *masaje* aplicado sobre el globo del ojo á través de los párpados. Este masaje, aplicado durante dos ó tres minutos por día, ha conseguido á veces disociar el coágulo sanguíneo y permitir el retorno de la circulación; pero es necesario que sea aplicado muy pronto, antes de que el coágulo se haya organizado y adherido definitivamente á las paredes de los vasos.

CAPITULO XVII

TRATAMIENTO DE LOS DEFECTOS Ó VICIOS DE REFRACCIÓN

POR

A. CHAVALLEREAU

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. M.ª CAMPÁ

I

Consideraciones generales

El tratamiento de los vicios de refracción consiste principalmente en la elección de cristales apropiados; la elección de los cristales debe fundarse en la apreciación exacta de la refracción; nos parece, pues, indispensable indicar, al principio de este estudio, los medios de determinar esa refracción.

Un medio muy sencillo, al alcance de todo el mundo y por otra parte muy exacto, es la queratoscopia, inventada por Cuignet (de Lila) en 1874 y vulgarizada sobre todo por Parent. La palabra queratoscopia es completamente impropia, ya que se examina, no la córnea, sino los efectos de luz y de sombra que se producen á nivel de la retina alumbrada por la luz reflejada en un espejo; la palabra skiascopia (σκια, sombra, σκοπειν, mirar), que quiere decir simplemente examen de las sombras, es, pues, mucho más explícita, sin prejuzgar nada sobre la naturaleza del fenómeno; pero la palabra queratoscopia tiene la ventaja de haber sido la primera y de ser todavía la más á menudo empleada.

El examen queratoscópico se practica en las mismas condiciones que el examen oftalmoscópico habitual. El sujeto está colocado en una cámara obscura, una lámpara á la izquierda y algo detrás de él, de modo que la cara quede en la sombra. El observador se coloca á una distancia algo

mayor de 1 metro del sujeto. Como para el examen oftalmoscópico, los ejes ópticos deben cruzarse, mirando el enfermo en dirección de la oreja derecha del observador cuando se trata de examinar su ojo derecho, mirando en dirección de la oreja izquierda del observador cuando se trata de examinar su ojo izquierdo.

El observador coloca delante de su ojo el espejo plano del oftalmoscopio y envía al ojo del enfermo la luz que hiere á ese espejo; luego inclina ligera y alternativamente el espejo alrededor del eje vertical representado por su mango ó alrededor de un eje transversal. Examina el orificio pupilar que está iluminado, y á través del cual puede ver el rojo fondo del ojo, luego observa las sombras adyacentes á esta zona iluminada y que se dislocan lo mismo que la zona iluminada cuando se inclina el espejo.

Si el ojo es *emmétrope*, el borde pupilar resalta claramente sobre el fondo rojo del ojo y le forma exactamente un marco. Esta parte iluminada está, sin embargo, rodeada de un anillo sombreado bastante delgado. Si se inclina el espejo, este anillo sombreado aumenta de longitud y de intensidad por el lado de la pupila de donde parte el movimiento, invade la zona iluminada, se mueve, en suma, en igual sentido que el espejo; así, la media luna obscura va creciendo, ensanchándose y volviendo su concavidad hacia el lado donde se dirige la luz reflejada por el espejo. Si iluminamos el ojo izquierdo de un sujeto haciendo marchar la luz reflejada por el espejo desde su sien izquierda hacia su nariz, la sombra se dirigirá igualmente de izquierda á derecha del enfermo.

Si el ojo es *hipermétrope*, se observa el mismo fenómeno: la zona luminosa central será más brillante que en el emmétrope; asimismo el anillo de sombra será intenso y más ancho que en el otro caso; pero aquí también la sombra se moverá en el mismo sentido que la luz reflejada por el espejo. Cuanto más fuerte es la hipermetropía, más disminuye de extensión la porción iluminada central, pero también es más brillante; el anillo sombreado es cada vez más ancho, más preciso y más obscuro. Los movimientos de la sombra se hacen también cada vez más extensos y más rápidos.

Si el ojo es *miope*, el fondo del ojo está iluminado con luz menos intensa que en los dos casos precedentes; existe un anillo de penumbra bastante ancho, que impide al borde pupilar resaltar con precisión sobre el fondo iluminado; la luz va decreciendo desde el centro á la periferia. De otra parte, los movimientos de la sombra son en sentido inverso de los que se imprimen al espejo. Aquí también, las medias lunas sombreadas que se forman están rodeadas de un arco de círculo mayor que el círculo

pupilar. A medida que la miopia va siendo más fuerte, la porción iluminada aumenta de extensión, pero la luz disminuye en intensidad; la sombra del reborde se hace cada vez menos obscura, pero cada vez más ancha; los movimientos de la sombra se hacen también más rápidos.

Hemos supuesto al observador colocado á 1 metro del sujeto; podrá diagnosticar así todas las miopias superiores á una dioptria. Para miopias más débiles, habría que alejarse más allá del *punctum remotum* del ojo, añadiéndole la distancia del *punctum próximum* del observador.

Por lo demás, para todo ojo miope, pueden presentarse tres casos según la distancia que separa al observador del observado.

Si el observador está colocado más allá del *punctum remotum*, ve moverse la sombra en sentido inverso de los movimientos del espejo.

Si el observador está colocado cerca de ese *punctum remotum*, un poco más acá ó bien más allá, pero demasiado cerca de la imagen para verla distintamente, los movimientos de la sombra son indecisos.

En fin, si el observador está colocado entre el *punctum remotum* y el ojo observado, no están todavía entrecruzados los rayos y se ve moverse la sombra en el mismo sentido que el espejo, como ocurre en la emmetropía y en la hipermetropía.

Así, en el miope la dirección de las sombras cambia según que se esté colocado más acá ó más allá de su *punctum remotum* y alrededor de este punto los movimientos quedan inciertos. De este modo es, pues, posible encontrar el *punctum remotum* que se busca. Esta distancia da el grado de la miopia. Si el cruce de los rayos tiene lugar á 33 centímetros, la miopia es de 3 dioptrias; si tiene lugar á 13 centímetros, la miopia es de 100/13 ó 7,50 dioptrias.

Para medir la hipermetropía, se recurrirá al mismo principio: se colocará delante del ojo que se ha de examinar un cristal convexo más fuerte de lo necesario para corregir la hipermetropía, se medirá el grado de esta miopia artificial, y restando de ella el número del cristal empleado, se tendrá el número del cristal que se habría de poner ante ese ojo para hacerlo emmétrope, es decir, el grado de su hipermetropía. Por ejemplo, colocando delante del ojo un cristal convexo de 5 dioptrias, se encuentra una miopia de 3 dioptrias solamente; se deduce de ello que el sujeto tiene una hipermetropía de 2 dioptrias.

La skiascopia no solamente permite diagnosticar la hipermetropía y la miopia; es también el procedimiento más rápido y más preciso para diagnosticar el astigmatismo.

En un sujeto *astigmata*, la parte visible del campo retiniano no presenta una forma circular, es alargada y rodeada de un anillo de

sombra igualmente irregular. Cuando se imprime un ligero movimiento al espejo, la porción iluminada se hace reluciente y las placas sombreadas se alargan paralelamente. Estas sombras están alargadas en sentido del meridiano más convexo. Para un meridiano miope, la sombra se mueve en sentido inverso del espejo, girando el espejo alrededor de un eje perpendicular al plano de ese meridiano. Para los meridianos emmétropes é hipermétropes, la sombra se mueve en sentido del espejo. Se reconoce de este modo rápidamente la dirección de los dos meridianos principales y basta medirlos para tener el género y el grado del astigmatismo.

La queratoscopia permite medir el astigmatismo total y no el que puede ser debido aisladamente á la córnea ó al cristalino, da precisamente la medida del astigmatismo que los lentes deben corregir.

II

Hipermetropía

A. — DEFINICIÓN

Se llama hipermétrope un ojo en el cual los rayos luminosos producidos van á formar su foco, no en la retina, sino detrás de esta membrana; estos rayos encuentran á la retina siguiendo círculos de irradiación.

Un ojo es hipermétrope, ya porque su eje ántero-posterior es demasiado corto y la retina se halla delante del punto donde debería encontrarse (hipermetropía axil), ya porque su refringencia es poco considerable (hipermetropía de curvadura).

B. — ETIOLOGÍA

La hipermetropía es, pues, generalmente congénita, pero puede también ser adquirida; puede ser debida á la ausencia del cristalino; por ejemplo, después de la operación de la catarata nos vemos obligados á colocar delante del ojo del operado un cristal de unas 10 ó 11 dioptrias para permitirle ver bien á lo lejos. La *hipermetropía adquirida* puede ser debida á un aplanamiento de la córnea, por ejemplo, á consecuencia de ulceración; la córnea así aplanada es menos refringente.

La hipermetropía adquirida puede ser efecto de un aplanamiento del

cristalino por efecto de la edad. Después de los setenta años, el ojo emmétrope se atrofia en sus elementos, se aplana y se hace entonces naturalmente adaptado para los rayos convergentes.

La *hipermetropía congénita* es la forma habitual; se debe á la conformación del globo ocular. Los hipermétropes, sobre todo en los casos muy pronunciados, tienen en general un cierto tipo que permite reconocerlos á distancia; tienen la cara más aplanada, los ojos parecen más separados, las órbitas están menos desarrolladas, es el tipo mongólico. Una persona afectada de una fuerte diferencia en la refracción de sus dos ojos, tiene á menudo la frente aplanada, deprimida del lado de la hipermetropía fuerte. Si se le examina de más cerca, se ve que los ojos hipermétropes son más cortos, tienen un diámetro ántero-posterior más pequeño que los ojos normales; sobre todo cuando se hace volver el ojo hacia dentro, se ve que parece aplanado de delante atrás. Se diría que ha sufrido una detención en su desarrollo.

El ojo está aplanado á nivel del polo posterior, pero está, por el contrario, más abombado en su región ecuatorial. Las mediciones exactas confirman esta conclusión; el eje ántero-posterior de un ojo hipermétrope, puede tener más de 3 milímetros menos que un ojo emmétrope.

Para que los rayos luminosos que penetran dentro del ojo de un hipermétrope puedan formar su foco en la retina, estos rayos deberían ser ya convergentes; ahora bien, los rayos convergentes no existen en la naturaleza, todo objeto luminoso envía en todos sentidos rayos divergentes. Un ojo hipermétrope no puede, pues, por su sola fuerza de refracción, ver distintamente un objeto colocado á una distancia cualquiera.

Los ojos hipermétropes pueden llegar á ver claramente por medio de un artificio, la acomodación, es decir, haciendo abombar su cristalino de manera que sea más convergente; con esto se da á los rayos luminosos la convergencia que les faltaba y se consigue hacer que se encuentren en la retina.

En realidad, esto lo hacen los hipermétropes de una manera constante: acomodan continuamente y disimulan así una parte por lo menos de su hipermetropía; por eso hay que distinguir la *hipermetropía total*, es decir, la totalidad de la falta de refringencia del ojo en estado estático, cuando la acomodación no entra en juego; la *hipermetropía manifiesta*, la que persiste á pesar de los esfuerzos de acomodación del enfermo, y que la acomodación no basta á corregir; y por último, la *hipermetropía latente*, la que es disimulada por la acomodación.

La *hipermetropía manifiesta* es la que corregimos generalmente con los cristales en las personas jóvenes. Si, colocando á un hipermétrope

delante de una escala optométrica, hacemos pasar ante sus ojos cristales convexos cada vez más fuertes, le damos el medio de reunir en su retina los rayos luminosos procedentes de una distancia bastante grande; disminuimos así los esfuerzos de acomodación, á menudo infructuosos, que se veía obligado á hacer, y mejoraremos su agudeza visual. El cristal más fuerte con el que pueda ver los caracteres más finos de la escala indica el grado de su hipermetropía. Si el cristal así encontrado es de 3 dioptrias, decimos que este cristal de 3 dioptrias hace converger sobre su retina los rayos paralelos, es decir, que hay una hipermetropía de 3 dioptrias. Pero si, después de hacer esta determinación, instilamos en el ojo del enfermo colirio de atropina, de modo que se paralice completamente su acomodación, vemos que, para reunir en su retina los rayos paralelos, se necesita, no ya un cristal de 3 dioptrias, sino, por ejemplo, un cristal de 5 dioptrias. Deducimos de ello que el enfermo tiene una hipermetropía total de 5 dioptrias, de las cuales hay 2 dioptrias de hipermetropía latente, disimulada por la acomodación, y 3 dioptrias de hipermetropía manifiesta.

Puede suceder que, en un hipermétrope comprobado, un cristal convexo débil, colocado delante de un ojo, no solamente no mejore su visión, sino que la empeore, en tanto que, al contrario, un cristal cóncavo la mejore momentáneamente. Es que hay una hipermetropía latente corregida por una acomodación que puede hasta ser excesiva. Esta forma de hipermetropía no se manifiesta sino en hipermétropes que tienen menos de cuarenta á cincuenta años, es decir, en los que tienen todavía cierta fuerza de acomodación á su servicio.

Se distinguen en la hipermetropía tres grados, que se llaman *hipermetropía absoluta*, *hipermetropía relativa* é *hipermetropía facultativa*.

La *hipermetropía absoluta* es el estado de un ojo que, á pesar de todos los esfuerzos de acomodación, no consigue disimular su vicio de refracción; este ojo nunca consigue reunir sobre su retina los rayos paralelos y aun menos, por consiguiente, los rayos procedentes de objetos más ó menos próximos. Estos enfermos no ven nada de lejos ni de cerca, tienen necesidad de cristales para ver á todas las distancias. Su *punctum próximum* está más allá del infinito.

La *hipermetropía relativa* es un grado menor; el enfermo consigue hacer converger en su retina los rayos paralelos, pero para esto se ve obligado á hacer grandes esfuerzos de acomodación, y en virtud de las relaciones fisiológicas que existen entre el músculo ciliar y los músculos rectos internos, inervados por el mismo nervio, el motor ocular común,

estos esfuerzos de acomodación ocasionan un movimiento de convergencia.

La *hipermetropía facultativa* es el grado más débil; el ojo puede colocar sobre la retina el foco de los rayos paralelos sin demasiado esfuerzo y sin agotar su fuerza de acomodación. Cuando se pone un cristal convexo delante de ese ojo, el enfermo relaja su acomodación y ve claramente; ve de la misma manera con ó sin cristal. Por eso cuesta tanto, generalmente, hacer llevar cristales á estos enfermos; hay que hacerles entender que se les quiere hacer usar cristales, no para mejorar su vista, pues que ya ven muy bien, sino para evitar que se fatiguen. Se les dice que se les da, no cristales de présbitas, lo cual les ofendería, sino conservas, lo cual aceptan generalmente.

C. — SÍNTOMAS SUBJETIVOS

Los enfermos se quejan de ver menos bien de cerca que de lejos, por lo menos en los casos de hipermetropía algo fuerte y cuando el enfermo está ya algo avanzado en edad, cuando ha perdido una parte de su fuerza de acomodación. Se fatigan muy fácilmente cuando su trabajo exige una aplicación prolongada de la vista sobre objetos finos y próximos unos de otros. Esta fatiga ocasiona dolores periorbitarios y hasta una cefalalgia más ó menos pronunciada. Por eso tales sujetos se ven obligados á interrumpir su trabajo de tiempo en tiempo para descansar. A menudo, al fin de la semana, esta fatiga llega á ser excesiva; es también mucho más considerable por la noche que por la mañana; por la mañana, ó mejor aún, al comienzo de la semana, en las personas que han descansado el domingo, la fatiga es mucho menor y pueden más fácilmente entregarse á un trabajo sostenido.

Estos fenómenos constituyen lo que se llama la astenopia acomodativa. La astenopia es una complicación constante de la hipermetropía. Si el individuo es joven, la astenopia sólo se presenta en caso de hipermetropía fuerte; pero cuando tiene más edad, aparece la presbiopia, la fuerza de acomodación disminuye y entonces empiezan los enfermos á tener dificultad para la lectura. Se ven forzados á tener el libro ó el periódico á cierta distancia de su ojo, lo alejan poco á poco á medida que la fatiga aumenta y muy pronto se ven obligados á cesar completamente en su trabajo.

La edad en que aparece la astenopia acomodativa depende, pues, del grado de la hipermetropía; pero el estado general ejerce también una influencia considerable sobre su aparición; las muchachas anémicas, neu-

rasténicas, tienen á menudo una astenopia acomodativa que no está en relación con el grado de su hipermetropía. Asimismo, muchos hipermétropes tienen, en la convalecencia de enfermedades graves, una astenopia que puede desaparecer más tarde, cuando su estado general sea mejor. En efecto, el músculo de la acomodación sufre las mismas influencias que todos los demás músculos de la economía.

La hipermetropía puede ocasionar otros fenómenos subjetivos, por ejemplo, neuralgias supraorbitarias, hiperestesia retiniana en numerosos casos. Esta hiperestesia retiniana puede ir acompañada de fotofobia y de lagrimeo. Se ha atribuído también á los esfuerzos de acomodación que constantemente debe hacer el enfermo y al aflujo de sangre que de ellos resulta en las partes externas del ojo, un gran número de casos de conjuntivitis crónica simple, blefaritis ciliares y lagrimeos á los que el cateterismo de las vías lagrimales no puede aportar remedio alguno.

D. — TRATAMIENTO

ELECCIÓN DE LOS CRISTALES EN LA HIPERMETROPÍA

Hemos distinguido, en la hipermetropía, la hipermetropía absoluta, la hipermetropía latente y la hipermetropía manifiesta. La conducta que se debe seguir será diferente en estos tres casos.

En la hipermetropía absoluta, el *punctum próximum* mismo está más allá del infinito, el individuo es amblíope para todas las distancias; aun poniendo en juego todas las fuerzas de su acomodación, no consigue ver claramente á distancia alguna, ni aun al infinito. Es necesario en este caso buscar la hipermetropía total, la que indica el número de que deberá servirse el sujeto para ver claramente á distancia. Neutralizada así la hipermetropía, se busca el *punctum próximum;* la medida de su distancia da el grado de presbiopia del sujeto y este grado es el que, unido á la hipermetropía total, indica el cristal corrector de que el enfermo deberá servirse para ver de cerca. Generalmente no es necesario medir el *punctum próximum;* la edad del sujeto suministra ya una aproximación suficiente.

Para medir la hipermetropía total es indispensable neutralizar la acomodación por la atropina. ¿Es necesario dar un cristal que corrija enteramente esta hipermetropía? Seguramente no. El hipermétrope está acostumbrado á acomodar fuertemente y tanto más cuanto más converge; no

puede perder de repente esta costumbre, á pesar del cristal que se le pone delante del ojo; continúa acomodando, aun para ver á lo lejos; con el cristal corrector de su hipermetropía total, ve turbio y el cristal le fatiga rápidamente.

Cuando el objeto que se mira se aproxima, el inconveniente es casi el mismo, porque el hipermétrope está habituado á acomodar tanto más fuertemente cuanto más converge; su acomodación es, pues, siempre excesiva. Por eso cuando un sujeto presenta un cierto grado de hipermetropía latente, no conviene corregir desde luego toda la extensión de su hipermetropía.

La hipermetropía manifiesta mide justamente la cantidad de refracción dinámica que el enfermo puede emplear para hacer converger en su retina los rayos paralelos y que deja fácilmente descansar cuando se le ofrece el auxilio de los cristales convexos. Esta fuerza muscular empleada para la visión á lo lejos, falta al otro extremo del campo visual, y la distancia del *punctum próximum* se encuentra proporcionalmente aumentada. El grado de la hipermetropía manifiesta indica, pues, el mínimum de auxilio que se puede aportar al sujeto para la visión de cerca. Corregida la hipermetropía manifiesta, el sujeto puede ver claramente á la distancia del *punctum próximum* de su edad.

Esto basta mientras el sujeto es joven, es decir, hasta la edad de veinte á veintidós años; pero cuando el *punctum próximum* se aleja, hay que unir á la corrección de la hipermetropía manifiesta la corrección de la presbicia.

Se verá si los cristales escogidos son demasiado débiles ó demasiado fuertes, sobre todo cuando el enfermo se haya servido de ellos durante algún tiempo. Si los cristales son demasiado débiles, quedará algo de astenopia acomodativa; si los cristales son demasiado fuertes, habrá astenopia muscular, como en los miopes, porque los enfermos se verán obligados á colocar su libro demasiado cerca y á contraer demasiado su músculo recto interno; habrá entonces dolor en el ángulo interno de la órbita y no en la frente, como ocurre en la astenopia acomodativa.

Al cabo de un tiempo, variable según los sujetos, la hipermetropía latente, la que es constantemente corregida por la acomodación, va á disminuir; la hipermetropía manifiesta va á aumentar, por el contrario, á medida que el espasmo ciliar disminuye. Es necesario seguir ese movimiento y aumentar progresivamente la fuerza del cristal.

La hipermetropía latente disminuirá poco á poco, la hipermetropía manifiesta y la hipermetropía total acabarán por confundirse en absoluto. Ya no hay entonces inconveniente en corregir por completo el vicio de

refracción; el enfermo conservará toda la facultad acomodativa en relación con su edad y ya no se reproducirá la astenopia. El mismo cristal servirá para ver de cerca y para ver de lejos hasta la aparición de la presbicia.

Todo lo que acabamos de decir se aplica sobre todo á los casos de hipermetropía muy elevada en personas jóvenes; en los casos habituales y hasta la edad de cuarenta y cincuenta años, sólo se han de dar cristales para la visión de cerca.

Ciertos sujetos no tendrán hipermetropía manifiesta, sino solamente astenopia acomodativa. Hay que tratar estos casos como una presbicia prematura.

Hay muchos casos dudosos, en los que existe espasmo del músculo ciliar, una tensión acomodativa persistente. En esos casos es indispensable buscar la refracción después de haber paralizado la acomodación por la atropina.

En casos raros, el sujeto acusa astenopia acomodativa aun para la visión á distancia. Esto se ve en los sujetos jóvenes con grados elevados de hipermetropía manifiesta; se ve igualmente en los sujetos de edad avanzada, cuando ya no pueden acomodar, ni aun para la visión á distancia. Los cristales convexos mejoran entonces notablemente la agudeza visual, hasta para la visión lejana.

No es siempre fácil obtener de los enfermos que usen los cristales que requiere el estado de sus ojos. Muchos sujetos sienten una repugnancia invencible por los anteojos y sobre todo por los cristales algo fuertes. Esta repugnancia se ve sobre todo en las mujeres que tienen todavía pretensiones de juventud y que temen que el uso de anteojos no parezca en ellas indicio de una vejez prematura; se encuentra también con mucha frecuencia en personas que no tienen coquetería alguna, pero que creen que dándoseles cristales cada vez más fuertes, se acabará por no encontrar cristales suficientes para su vista y que entonces quedarán reducidos á una especie de ceguera. Es necesario enseñarles toda la serie de cristales que existen todavía en la caja de ensayo después del que se les ha escogido, tranquilizándoles acerca del porvenir. Hay además una comparación que se debe emplear: vuestra vista fatigada necesita un auxilio en forma de cristales como una pierna enferma y paralizada necesita el auxilio de muletas; las muletas no son la causa de la parálisis de la pierna, permiten andar con una pierna imperfecta; asimismo los cristales os permiten ver con una vista fatigada; los abandonaréis ó disminuiréis el número cuando vuestra vista esté restablecida, lo mismo que un paralítico curado puede abandonar sus muletas.

Para un mismo grado de hipermetropía, la elección del cristal deberá variar con la edad del sujeto y con el estado de su acomodación.

Sea una muchacha de veinte años, costurera, afecta de una hipermetropía de 2 dioptrias. Esta muchacha ve muy bien á distancia, porque su potencia de acomodación es muy superior á 2 dioptrias; no tiene, pues, necesidad alguna de cristales para ver á lo lejos. Pero para su trabajo de costura, debe acomodar durante todo el día; debe poner en juego, no solamente las 2 dioptrias de acomodación que la permitirían ver al infinito, sino además las 3 ó 4 dioptrias que le permiten ver claramente á una distancia de 33 ó de 25 centímetros. Será, pues, muy pronto presa de fatiga de acomodación, de astenopia acomodativa; es entonces necesario darle cristales para el trabajo de cerca. El número de estos cristales será variable según su vigor físico, según la potencia de su acomodación. Si esta muchacha es vigorosa, le bastará un cristal convexo de $0^d,75$ á 1 dioptria. Si está anémica, debilitada, mal nutrida, habrá que corregir la mayor parte de su hipermetropía y darle cristales de $1^d,50$ ó 2 dioptrias.

Es necesario tener muy en cuenta las costumbres del enfermo. Tal joven vigoroso está afecto de una hipermetropía de 3 dioptrias, pero está habituado á poner constantemente en juego la fuerza de acomodación de 3 dioptrias que le coloca en suma en las condiciones de un emmétrope. Conservará esta costumbre cualquiera que sea el cristal que se le ponga ante los ojos, y si se le ponen, por ejemplo, cristales de 1 dioptria, lejos de aliviarle, esos cristales le harán miope de 1 dioptria y le harán ver turbio.

En la hipermetropía, mucho más que en la miopia, hay, pues, que tener en cuenta el estado general del sujeto y sus ocupaciones habituales. El examen objetivo suministrará datos preciosos indicando exactamente el grado de la hipermetropía, pero es necesario llegar siempre al examen subjetivo y dar al enfermo cristales que soporte fácilmente y que le alivien en su trabajo. En individuos nerviosos sobre todo, que acomoden fuertemente, habrá que empezar á menudo por cristales mucho más débiles que su hipermetropía; como en éstos, á pesar de verdaderos espasmos de la acomodación, la astenopia acomodativa sobreviene con bastante rapidez, hay que dar cristales un poco más fuertes cuando están acostumbrados á los primeros y llegar así, en varias veces, á los cristales que corrigen completamente su hipermetropía.

III

Miopia

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Se llama miopia un estado de los ojos en el cual la visión es confusa á lo lejos y muy clara para los objetos próximos y además la aplicación de cristales cóncavos apropiados mejora inmediata y considerablemente la vista para los objetos lejanos.

Esta definición debe ser comprendida por entero; no es posible limitarse á definir la miopia: una vista confusa de lejos y distinta de cerca; en efecto, muchos amblíopes y astígmatas, y hasta hipermétropes fuertes, presentan este carácter común con los miopes, en parte solamente, es verdad, porque en ellos la vista de cerca no es muy clara, sólo es más distinta que de lejos. Además, en ellos, la vista de lejos no es mejorada inmediatamente, como en los miopes, por la interposición de cristales cóncavos. Queda, sin embargo, una causa de error en los hipermétropes jóvenes con espasmos de la acomodación, que corrigen más allá de su hipermetropía y cuya visión es mejorada con el empleo de cristales cóncavos.

La *característica dióptrica* de la miopia reside en el hecho de que el foco de los rayos paralelos se encuentra colocado, no sobre la misma retina, como en el ojo emmétrope, sino delante de esa membrana. Los rayos, para formar su foco sobre la retina, deben ser divergentes cuando caen sobre la córnea. El *punctum remotum* del ojo miope, es decir, el foco conjugado de su retina en estado de reposo, se encuentra, pues, á una distancia finita y á una distancia tanto más corta cuanto más elevado es el grado de la miopia.

Desde el punto de vista anatómico, el ojo miope es un ojo cuyo diámetro ántero-posterior es demasiado largo, mientras que el aparato dióptrico conserva la misma fuerza de refringencia que en el ojo normal. Esto no es una simple consideración teórica. Mediciones muy numerosas han establecido por modo evidente que, en la inmensa mayoría de los casos, el diámetro ántero-posterior del ojo miope excede muy notablemente al del ojo emmétrope, y con mayor razón al del ojo hipermétrope, que es, por el contrario, más corto que el normal. Hasta hay una relación constante entre el diámetro ántero-posterior del ojo y el grado de la miopia. Así, dado que

el eje óptico del ojo emmétrope tiene una longitud de 23 milímetros, cada aumento de $0^{mm},3$ en la longitud de este eje acarrea un aumento de refringencia de una dioptria, una miopia de una dioptria. Por consiguiente, un ojo cuyo eje óptico tenga una longitud de 24 milímetros, tendrá una miopia de 3 dioptrias y un tercio; un eje óptico de 25 milímetros acarrea una miopia de 6 dioptrias y dos tercios; un ojo cuyo eje tuviera 29 milímetros, tendría una miopia de 20 dioptrias. Inversamente, el estado de la refracción de un ojo miope permitirá calcular la longitud de su eje ántero-posterior, por ejemplo, un miope tiene una miopia de 15 dioptrias; si esta miopia es puramente axil, eso quiere decir que el eje ántero-posterior tiene una longitud de $23 + 15 \times 0^{mm},3 = 27^{mm},5$.

El caso con mucho el más común es, pues, aquel en el cual, teniendo el ojo miope una refracción normal, su longitud es demasiado considerable. Es la miopia axil. Existe otra forma, mucho más rara, en la cual hay un exceso absoluto de refracción en un ojo de dimensiones regulares, es la miopia de curvadura.

En tanto que la hipermetropía está constituída simplemente por un vicio de conformación del ojo del cual todas las membranas están sanas, conservando su estructura y su aspecto normales, la miopia, por el contrario, es una verdadera enfermedad que implica toda una serie de lesiones. El examen oftalmoscópico en un hipermétrope no descubre nada distinto que en un emmétrope; y al contrario, un miope ofrece al primer examen, en la mayor parte de los casos, un aspecto especial que permite afirmar desde luego que se trata de un ojo miope, aun sin que se haya intentado todavía determinar la refracción.

B. — EXAMEN OFTALMOSCÓPICO

El oftalmoscopio permite ver sobre el borde externo de la papila (borde interno con la imagen invertida) una media luna pigmentaria más ó menos marcada. A menudo la coroides, separada de la papila, siempre á nivel de su borde externo, deja ver una media luna de color gris blanquizco, á veces de un blanco brillante, de forma casi regular y cuya concavidad abraza la papila. Esta media luna, desarrollada sobre todo á nivel del meridiano horizontal, avanza más ó menos por el lado de la mácula; también avanza hacia arriba y hacia abajo, tendiendo á rodear la papila. Ésta puede acabar por estar rodeada de un verdadero anillo ó de una elipse con el eje mayor transversal. El eje mayor de esta elipse no siempre es horizontal, puede estar más ó menos inclinado, y G. Martin (de

Burdeos) ha señalado una relación entre la dirección de ese eje mayor y la de los meridianos principales en el astigmatismo.

La región de la mácula pierde igualmente su aspecto normal; se ven en ella pequeñas manchas morenas ó grisáceas, causadas por la emigración de las granulaciones pigmentarias. En un grado más pronunciado, este pigmento desaparece y la coroides presenta á ese nivel pequeñas líneas grisáceas ó blanquecinas que le dan un aspecto resquebrajado ó arañado. Más tarde, en fin, la coroides va á desaparecer á ese nivel por atrofia ó reabsorción y dejará ver la esclerótica; se encontrarán entonces placas blancas irregulares, más ó menos contorneadas, del pigmento rechazado á la periferia.

En las regiones más periféricas, los vasa-vorticosa de la coroides se presentan más rojos y más infartados que de ordinario.

La extensión, la blandura y el brillo de la media luna peripapilar y de las partes denudadas de la esclerótica á nivel de la mácula, demuestran, pues, la antigüedad y el grado del proceso atrófico de la coroides.

Por delante de esas placas blanquizcas se ven claramente pasar los vasos propios de la retina; se ven también, á nivel de la media luna peripapilar, pequeños vasos más finos que los precedentes, que provienen de la corona vascular posterior y van á perderse en la coroides sobre el contorno de la papila.

En un cierto grado de desarrollo, la papila no es ya circular, presenta la forma de una elipse cuyo eje mayor es perpendicular al de la elipse de atrofia coroidea. La papila en realidad no ha cambiado de forma; parece elíptica porque está inclinada. En efecto, el borde que está en relación con la media luna atrófica está inclinado hacia atrás al propio tiempo que la misma media luna; se forma, pues, allí un estafiloma posterior. En efecto, imprimiendo á la lente pequeños movimientos de lateralidad, se ve que los diversos puntos del borde interno del disco, no se mueven con la misma rapidez, de donde se puede concluir que no están á la misma profundidad. Las partes que se mueven más aprisa son las que están más próximas al observador.

En algunos casos, la atrofia coroidea sigue regularmente el contorno de la papila; el conjunto presenta la forma de un círculo y no de una elipse; la papila ya no presenta la oblicuidad que tenía hace un momento, es circular.

A veces, al principio de ese período de atrofia, la papila está en parte y aun en totalidad cubierta de un exudado grisáceo, ya porque el nervio óptico participe de la proliferación inflamatoria, ya porque ese exudado provenga de la coroides ó del cuerpo vítreo.

En estos períodos avanzados de la afección, en cuanto se ilumina el ojo con el espejo, la luz ocular no parece roja, sino blanca brillante; se ve entonces el ojo tan bien con el espejo oftalmoscópico solo como con la lente; los vasos rojos se destacan claramente sobre ese fondo blanco. Se distinguen igualmente islotes obscuros, pardos ó negros, que son masas de pigmento de la coroides no reabsorbido.

En el cuerpo vítreo se encuentran copos grises ó negros y hasta verdaderas membranas, á veces largos filamentos que ondulan durante los movimientos del ojo y que se mueven tanto más aprisa cuanto más pronunciado es el reblandecimiento del cuerpo vítreo.

El cristalino no queda intacto; se forman opacidades estrelladas á nivel del polo posterior y depósitos hialoideos sobre la cara posterior de su cápsula.

En fin, otros accidentes pueden terminar esta escena: hemorragias de la coroides ó del cuerpo vítreo y demasiado á menudo esos tristes desprendimientos de la retina contra los cuales estamos casi completamente desarmados.

En los miopes, no hay solamente lesiones de las membranas profundas; los músculos motores del globo del ojo están igualmente interesados y, por ejemplo, hay insuficiencia de los músculos rectos internos. Esta insuficiencia es fácil de comprobar por diversos procedimientos. El más sencillo es el siguiente:

Hágase mirar á un miope un objeto colocado directamente delante de él, el extremo de un lápiz, por ejemplo. Cuando el objeto está á cierta distancia, los dos ojos convergen fácilmente hacia él; pero cuando se le aproxima, los dos ojos acaban por no poder converger; uno de ellos continúa mirando el objeto, en tanto que el otro gira hacia fuera y de ordinario éste es el que está peor, el más astígmata ó más miope.

Mientras un miope lee, colóquese bruscamente una pantalla delante de uno de sus ojos; este ojo se desviará hacia fuera, mientras el otro continuará leyendo; á menudo, en los grados elevados, ni aun los dos ojos leen al mismo tiempo, y cuando se tapa bruscamente un ojo, el otro ojo se desvía para continuar la lectura empezada. En lugar de una pantalla opaca se puede emplear, para tapar el ojo, un cristal deslustrado, que permite seguir mejor los movimientos de ese ojo.

Otro procedimiento consiste en buscar el grado del prisma de base interna con el cual puede el sujeto continuar viendo una sola imagen de un objeto colocado á lo lejos. En estado normal, los dos ojos pueden ver todavía una sola imagen de un objeto colocado á lo lejos, cuando los prismas de base interna colocados delante de esos ojos son al máximum

de 3°; cuando los ojos pueden neutralizar prismas de base interna de 4, 5, 6, 7 y hasta de 8°, es seguramente que los músculos abductores tienen una fuerza superior á la normal, es decir, que los músculos adductores tienen una insuficiencia relativa.

El procedimiento más exacto es el conocido con el nombre de de Græfe. Si colocamos delante de uno de los ojos un prisma de base inferior, delante del ojo derecho, por ejemplo, y si miramos así un punto marcado en una línea vertical, el punto visto con el ojo derecho parecerá más alto que el punto visto con el ojo izquierdo; no puede haber aquí tendencia alguna á la fusión de los objetos y los ejes ópticos se colocan naturalmente en la posición de equilibrio de las fuerzas musculares que mueven el ojo. Los ojos tratarán sencillamente de ver con claridad esos dos puntos; su solo esfuerzo consistirá en acomodar de un modo sinérgico. Si hay equilibrio entre las fuerzas musculares del ojo y la acomodación, las imágenes son dobles, porque la una está más arriba que la otra, pero no hay separación transversal. Si, al contrario, no existe armonía entre el sistema motor y el sistema acomodativo, hay al mismo tiempo una separación transversal entre las dos imágenes. En el ejemplo que hemos escogido, la imagen más alta es vista con el ojo derecho. Según que esa imagen esté colocada á la derecha ó á la izquierda de la otra, deduciremos que hay diplopia homónima ó diplopia cruzada. En el miope, existe siempre una diplopia cruzada, por consiguiente una debilitación del recto interno y una tendencia á la divergencia de los ejes ópticos, al estrabismo divergente.

Este procedimiento permite al mismo tiempo medir la insuficiencia de la convergencia. Si, en efecto, además del prisma de base inferior colocado delante del ojo derecho, se coloca delante del mismo ojo un prisma de base interna, el grado del prisma que conducirá los dos prismas á la misma vertical indicará al mismo tiempo el grado de la insuficiencia de los rectos internos.

Se ha discutido mucho y se discute aún sobre las causas y la patogenia de la miopia; hay, no obstante, dos puntos principales que parecen hallarse por encima de toda discusión; es, primero, la influencia de la herencia; en segundo lugar la influencia del trabajo de cerca.

La influencia de la herencia nos parece tan indiscutible como para todas las demás taras patológicas. Siempre que en la clientela se puede examinar á un miope con calma y remontar á sus antecedentes de familia, se encuentra que su padre ó su madre son miopes, exceptuando, sin embargo, los casos en que la miopia es causada por lesiones de la córnea. Se ha jugado con las palabras diciendo que los niños no son miopes al

nacer y que por consiguiente heredaban, no la miopia misma, sino todo lo más una predisposición á la miopia; esto es cierto, lo mismo que la mayor parte de las diátesis claramente hereditarias no aparecen en los niños desde su nacimiento, sino á una edad más ó menos avanzada. En efecto, todos los niños al nacer son hipermétropes, y todo lo más pronto que empieza á reconocerse la miopia de ordinario, es hacia la edad de siete ú ocho años.

La influencia del trabajo de cerca es absolutamente cierta; así la miopia es rara en las poblaciones que habitan el campo ó la orilla del mar; por el contrario, la miopia es tanto más frecuente cuanto más se dedique la población á objetos finos y próximos. La influencia del trabajo de cerca se ha puesto en evidencia sobre todo por las estadísticas de las escuelas, estadísticas entre las cuales se distingue la de Hermann Cohn, de Breslau. Esas estadísticas demuestran de una manera general que la miopia existe en todas las escuelas, que es mucho más común en las escuelas de las ciudades que en las del campo, y que el número de miopes va aumentando á medida que los alumnos llegan á clases más superiores.

La cuestión del alumbrado tiene aquí una importancia considerable; en las escuelas mal alumbradas, el número de miopes es mayor porque los alumnos se ven forzados á aproximarse más á sus libros ó cuadernos. Diferentes formas de ambliopías obran en el mismo sentido exactamente, por ejemplo el astigmatismo, la catarata zonular, las manchas de la córnea, que hacen la visión mucho menos clara, obligando á los sujetos á aproximarse mucho más á los objetos que quieren ver.

La miopia encuentra un factor muy importante en la visión binocular; así, en las profesiones que exigen una aplicación sostenida de cerca, pero con un solo ojo provisto de una lente, como en los relojeros, los grabadores, los fotógrafos, la miopia es menos común que en las profesiones en que se emplea la visión binocular.

En efecto, en la visión de cerca, dos actos entran en juego: la acomodación y la convergencia de los ejes ópticos.

La acomodación en el miope no tiene grande importancia y no sufre gran fatiga, pues el ojo miope está naturalmente dispuesto para ver de cerca sin esfuerzo alguno de acomodación.

Esta última opinión tan sencilla no es la de todo el mundo; se ha sostenido que los esfuerzos de acomodación necesitados para la visión de cerca ocasionaban una contracción del músculo ciliar y en particular de sus fibras longitudinales; estas fibras, que constituyen el músculo tensor de la coroides, se contraen de manera que dirigen hacia delante á esta

membrana y por consiguiente estiran sus inserciones posteriores sobre el contorno de la papila; esta acción del músculo ciliar ha sido demostrada por Hensen y Walkers, pero estos autores han demostrado al mismo tiempo que la dislocación de la coroides no pasa de la región de la mácula; no es, pues, al lado externo de la papila donde debería formarse el estafiloma posterior, sino al lado interno, que es lo contrario de la verdad. Por otra parte, si esa atrofia coroidea peripapilar fuese debida á los esfuerzos de acomodación, debería mostrarse en el hipermétrope que pone constantemente en juego su acomodación, y no en el miope, en el que, al contrario, esta acomodación entra muy poco en juego.

La ausencia de acomodación en el miope está además demostrada por el hecho que en él el músculo ciliar, el músculo de la acomodación, se vuelve muy delgado, como todos los músculos que no funcionan habitualmente.

La influencia de la convergencia de los ejes ópticos es mucho más sencilla y mejor demostrada. Cuando hacemos converger nuestros dos ojos en un punto próximo, es el recto interno el que se contrae para operar este movimiento. El ojo se mueve alrededor de su eje vertical, su polo anterior se dirige hacia dentro y atrás; el polo posterior, por consiguiente, se encuentra dirigido hacia fuera y adelante; en esta posición, los dos músculos oblicuos superior é inferior están tensos, dibujan así en su conjunto una especie de círculo máximo que pasa próximamente por los polos anterior y posterior; resulta, pues, un aumento de presión sobre el contenido del globo y esta presión es además aumentada por el arrollamiento del músculo recto externo, que se encuentra igualmente distendido. El aumento de la tensión intraocular resulta, pues, claramente de esos movimientos repetidos de convergencia.

Este aumento de presión es todavía más considerable cuando, en lugar de mirar un objeto colocado en el plano horizontal, miramos un objeto colocado delante y bajo nuestros ojos, como ocurre constantemente en la acción de leer ó escribir. En efecto, en esta posición, el oblicuo superior se contrae para dirigir la pupila hacia abajo; el recto inferior se contrae también, en tanto que el recto superior se arrolla un poco alrededor de los globos; es, pues, una nueva causa poderosa de aumento de la presión intraocular y por consiguiente de desarrollo de la miopia.

La acción cierta de los músculos motores del globo del ojo sobre la producción y el crecimiento de la miopia, ha incitado á algunos autores á seccionar estos músculos para combatir la miopia progresiva: así Julio Guerin ha propuesto la sección de los músculos rectos; Philippe ha propuesto la sección del oblicuo superior, que parece más lógico; Bonnet, de Lyón, ha propuesto la sección del oblicuo inferior, que tenía la ventaja

de ser más fácil y sobre todo de exponer á menos inconvenientes. Todas estas operaciones, por lo demás, han sido practicadas muy pocas veces y no han entrado en la práctica corriente.

Para juzgar de la influencia de los esfuerzos de convergencia en la producción de la miopia, hay que recordar dos puntos de anatomía: la esclerótica, en su parte posterior, está formada por dos láminas fibrosas separadas por una zona de tejido conjuntivo; pór otra parte, la envoltura del nervio óptico está igualmente formada por dos vainas, la vaina interior, que se une íntimamente á la lámina cribosa, á la coroides, luego á la capa interna de la esclerótica; y la vaina externa, que se continúa con la lámina fibrosa externa de la esclerótica.

El estafiloma, la media luna peripapilar, está formada por la distensión, el adelgazamiento y la atrofia de la coroides soldada á este nivel con la lámina interna de la esclerótica. Estas partes distendidas forman hacia atrás una eminencia que descansa sobre la lámina externa de la esclerótica; en efecto, en este punto es donde la resistencia de la esclerótica es menos considerable á causa de la penetración del nervio óptico, y á causa de la división de esa membrana en dos capas distintas separadas por un tejido conjuntivo más ó menos laxo.

En tanto la presión ocular no excede el grado fisiológico, no se observa aquí lesión alguna. Al contrario, ese anillo peripapilar va á distenderse cuando el aumento de la presión intraocular excede los límites de su resistencia. Pero, ¿por qué es á nivel del borde externo de la papila donde se operará esa distensión? Esto se debe al modo de inserción de los dos oblicuos; el oblicuo superior se inserta en la parte posterior, superior y externa de la esclerótica; el oblicuo inferior se inserta en la parte posterior, inferior y externa de la esclerótica. Estos dos músculos distendidos ejercerán, pues, su tracción sobre la esclerótica en su parte posterior y externa y es evidente que la ectasia de la esclerótica deberá producirse primero á ese nivel.

Así, pues, la costumbre de converger demasiado de un modo casi permanente es la causa de la producción y de la progresión de la miopia; por consiguiente, todas las causas que obliguen á mirar demasiado cerca y por lo mismo á converger demasiado fuertemente, podrán ocasionar la miopia. Así ocurrirá siempre que se interpongan opacidades en el trayecto de los rayos luminosos, por ejemplo, las manchas de la córnea, las opacidades del cristalino, la costumbre de trabajar en lugares mal alumbrados, las diferentes formas de ambliopía.

Entre las causas de la miopia, no se debe olvidar la costumbre habitual de los niños que los inclina á tener los ojos demasiado cerca de su

libro. Cuando se entra en una sala de estudio cualquiera, impresiona en seguida el hecho de que todos los niños, miopes ó no, están casi acostados sobre su mesa; sus ojos se hallan á menos de 15 centímetros de su cuaderno, lo cual les obliga á una convergencia continua. Esta costumbre de los niños desempeña el principal papel en esta actitud; pero en lugar de combatir ese vicio, parece que se busquen, en un número de escuelas demasiado grande, todas las condiciones propias para que se desarrolle. Los bancos están colocados á cierta distancia detrás de la mesa, lo que obliga á los niños á estar oblicuamente inclinados hacia delante y por lo tanto con la cabeza muy próxima al objeto que deben ver. En segundo lugar, la escritura inclinada, llamada escritura inglesa, que se enseña todavía en todas ó casi todas las escuelas, obliga á los niños á tener la cabeza inclinada sobre el hombro izquierdo, de manera que la línea que reune sus ojos sea paralela á las líneas de su escritura; el ojo izquierdo no tiene entonces que hacer movimiento de convergencia, pero el ojo derecho se halla constantemente en adducción.

La pequeñez de los caracteres de los libros y el mal alumbrado obligan también á disminuir la distancia que separa el ojo del libro.

C. — AGUDEZA VISUAL EN LA MIOPIA

Los miopes tienen la facultad de leer á todas edades caracteres finos sin auxilio de lentes; pueden leer con muy mal alumbrado, al anochecer, á la luz de la luna, en tanto que los emmétropes ó los hipermétropes distinguirían apenas la escritura; en fin, pueden leer, sin cristales, caracteres mucho más finos que las personas que no presentan esta anomalía de la refracción. Esto es lo que hace decir á mucha gente que las vistas cortas son las mejores, pero el examen de los hechos demuestra cuán errónea es esta opinión.

Lejos de ser superior á la agudeza de los emmétropes, la agudeza de los miopes es notablemente inferior en la mayor parte de los casos, á causa de las alteraciones tan frecuentes á nivel de la mácula y á causa de los trastornos del cuerpo vítreo. Si los miopes ven mucho mejor que los otros cosas muy finas, es porque pueden mantenerlas á una distancia mucho más próxima á su ojo; la imagen de estos objetos crece otro tanto; estos ojos pueden, pues, ver mejor aun teniendo realmente una agudeza visual menor.

La facultad que tienen los miopes de leer á la luz del crepúsculo ó á la de la luna, se debe también en parte á que los miopes tienen de ordinario las pupilas más anchas que los otros.

La facultad para los miopes de leer caracteres finos sin auxilio de anteojos, es una ventaja real, que se debe á que en ellos la presbicia no produce sus efectos como en los otros. Todo el mundo llega á présbita, es decir, que en todo el mundo el *punctum próximum* retrocede con los años; pero este *punctum próximum* no puede evidentemente rebasar la posición del *punctum remotum;* si, pues, en el miope este *punctum remotum* se halla á una distancia de 33 centímetros, que corresponde á una miopia de 3 dioptrias, este miope podrá, hasta el fin de sus días, leer á la misma distancia sin cristales.

El retroceso del *punctum próximum,* cuando los miopes son de edad, les obliga á alejar la posición del libro; no resulta seguramente que su miopia disminuya con la edad; eso prueba simplemente que en ellos la presbiopia ha venido á unirse á la miopia.

Los miopes hasta pueden llegar con la edad á ver mejor á distancia; esto se debe únicamente á la estrechez de la pupila por efecto de la edad, estrechez que disminuye los círculos de difusión y aproxima un poco á los miopes á las condiciones del agujero estenopeico. Los hechos no confirman, pues, la opinión demasiado extendida de que la miopia disminuye con la edad.

Hay, sin embargo, un punto que justifica en parte esta creencia vulgar: en las personas de edad muy avanzada, después de los setenta años, se observa el retroceso del *punctum próximum* cerca de $1^d,50$, á consecuencia de la disminución de refringencia de los medios del ojo. Esta es la hipermetropía adquirida de Donders. Esta evolución senil disminuye, pues, en una dioptria y media el grado de la miopia

Cualquiera que sea la explicación, es constante que, en los miopes de cierta edad, hasta mejora la vista cuando no hay alteración en la transparencia de los medios. Esta opinión favorable del ojo miope no puede, pues, aplicarse sino á la miopia estacionaria y de grado ligero. Si se piensa, por otra parte, en las numerosas lesiones que pueden presentarse en el ojo miope, desde las moscas volantes hasta el desprendimiento de la retina, se alejará mucho la idea de que las vistas cortas sean las mejores y que se mejoren envejeciendo.

D. — LA ACOMODACIÓN EN EL MIOPE

La amplitud de acomodación es la misma en el miope que en el emmétrope. Si se hace á un miope emmétrope colocando ante sus ojos los cristales cóncavos que neutralizan exactamente su miopia, verá distintamente desde el infinito hasta un *punctum próximum,* que está en relación

con su edad y que por consiguiente sería el mismo en un emmétrope de igual edad. Sin embargo, la fuerza de la acomodación disminuye más rápidamente en los miopes que en los otros; las fibras circulares del músculo ciliar, en efecto, se atrofian en ellos por falta de uso.

En realidad, la presbicia se muestra, pues, más rápidamente en el miope que en los otros, solamente que no tiene los mismos inconvenientes. Esta presbiopia no se hará sentir para todas las ocupaciones que requieran una visión próxima.

En las miopias débiles de 1 ó 2 dioptrias, el *punctum próximum,* por efecto de la presbiopia, estará separado á 50 centímetros ó 1 metro, es decir, que esos miopes que se han hecho presbíopes deberán emplear cristales convexos para ver de cerca á una distancia de 30 á 33 centímetros, en tanto que continuarán empleando los mismos cristales cóncavos para ver de lejos.

Esto sólo es cierto en los casos en que no hay trastorno alguno en la transparencia de los medios del ojo; en efecto, la agudeza ha bajado más ó menos por efecto de opacidades cristalinianas, de enturbiamientos del cuerpo vítreo ó de atrofia de la coroides; el miope se ve obligado á aproximar más los objetos pequeños para obtener de ellos una imagen mayor, y por consiguiente debe tomar cristales convexos para facilitar esa aproximación.

E. — TRATAMIENTO

El tratamiento de la miopia debe ser ante todo profiláctico, ya que es una de las afecciones sobre cuyo desarrollo puede el arte tener la mayor influencia. Cuando la miopia está constituída, se deben distinguir la miopia estacionaria y la miopia progresiva, que tiende sin cesar á hacer nuevos progresos. En este último caso, el tratamiento profiláctico desempeñará todavía un gran papel. Es, pues, importante recordar las causas y la patogenia de la miopia.

Las causas de la miopia son de dos clases: hay primero la herencia, por lo menos la predisposición hereditaria; en segundo término, los esfuerzos repetidos de convergencia durante la aplicación de la vista á los trabajos de cerca.

La miopia es progresiva durante la juventud, por efecto de la falta de resistencia de la cáscara ocular, que se deja fácilmente distender por la influencia del aumento de la tensión intraocular durante la convergencia de los ejes ópticos. Si la miopia aumenta durante la juventud, es también porque á esa edad la lectura y la escritura son más asiduas,

es que las ocupaciones de cerca son más repetidas. La miopia queda estacionaria cuando cambian estas condiciones.

La miopia puede quedar estacionaria cuando cesa la convergencia binocular, por ejemplo, cuando un ojo pasa del estrabismo divergente latente al estrabismo divergente declarado. El ojo que continúa leyendo no tiene entonces que hacer esfuerzos de convergencia. Para leer, el sujeto vuelve la cabeza hacia el lado del ojo divergente ó bien coloca el libro oblicuamente delante del ojo que lee. En todo caso, la miopia queda estacionaria, porque ya no hay contracción permanente de los rectos internos y tensión de los músculos oblicuos.

La desviación de uno de los ojos puede ser debida á la fatiga de su recto interno; puede depender de que ese ojo ha quedado fuera de uso por hemorragias de la coroides, coroiditis macular, un desprendimiento de la retina. En estos casos el ojo se desvía hacia fuera por una doble razón: á causa de la insuficiencia funcional de su músculo recto interno, y luego porque todo ojo que no participa en la visión recobra naturalmente su posición de reposo anatómico, es decir, la divergencia. Después de este accidente, se encuentra un motivo de consuelo en el hecho de que por lo menos el ojo que ha quedado mejor, verá su miopia hacerse habitualmente estacionaria.

El mejor consejo que se puede dar á un sujeto atacado de miopia progresiva, es que cese en el trabajo de cerca y que viva al aire libre, donde sólo tendrá que mirar objetos situados á cierta distancia; desgraciadamente, es raro que este consejo pueda ser seguido, ya porque los jóvenes no pueden abandonar sus estudios, ya porque más tarde, adultos, no pueden cambiar el oficio de que viven.

Es necesario entonces emplear otros medios; el más radical consiste en restablecer el equilibrio entre el recto interno insuficiente y el recto externo demasiado preponderante. Para ello se practica la tenotomía del recto externo, de manera que su inserción retroceda de 2 á 3 milímetros, con lo cual se le debilita. Esta conducta está indicada en la miopia superior á 6 ó 7 dioptrias, cuando la esclerocoroiditis posterior aumenta y cuando la mácula está amenazada.

Como el primero, el cambio de profesión, este último medio no siempre es aceptado por el enfermo. Entonces es necesario emplear tratamientos menos radicales, pero que, sin embargo, pueden dar excelentes resultados.

Se puede tratar de provocar el estrabismo divergente permanente de uno de los ojos, cubriéndolo con una venda durante la lectura ó la escritura; es evidente que para ello se escogería el ojo más miope ó más alterado.

No se puede pedir para la visión de cerca el paralelismo de los ejes ópticos, pero es necesario hacer que se aproximen lo posible á ese paralelismo. Para ello, se aconsejará al sujeto que separe lo más posible de sus ojos el objeto; se le inducirá á abandonar la escritura fina que los miopes tienen en general y á escribir mucho más grueso; asimismo habrá que eliminar los libros con caracteres tipográficos demasiado pequeños y en cuanto se pueda no entregarse á trabajos demasiado minuciosos. Es preciso también velar por que los miopes abandonen la actitud viciosa que adoptan para el trabajo; hay que impedirles acostarse sobre su libro inclinando mucho la cabeza sobre el pecho. Para hacer realizables estas condiciones, hay que colocar delante de los ojos de los miopes cristales cóncavos, con los cuales les será fácil ver caracteres ordinarios á una distancia de 33 centímetros. Por ejemplo, si el sujeto es miope de 5 dioptrias, hay que darle, para el trabajo de cerca, cristales de 2 dioptrias; quedará entonces miope de 3 dioptrias solamente, lo cual le permitirá la visión á la distancia habitual.

Así, pues, lo que importa sobre todo en el miope, es escoger bien los cristales, no para ver á distancia, sino para que no se vea obligado á ver de demasiado cerca, para que pueda suprimir todo esfuerzo exagerado y continuo de convergencia. La visión de lejos es muy agradable, pero no tiene importancia alguna para la marcha de la miopia. Un miope que no usa cristales para ver de lejos se priva de muchos goces y esto le da un aire torpe cuando entra en una sala donde no reconoce á los asistentes; saluda á personas que no conoce y, al contrario, no devuelve su saludo á otras personas á quienes conoce muy bien. Esta ausencia de la visión de lejos es origen de muchas equivocaciones, pero todo eso no tiene influencia alguna sobre la progresión de la miopia. Al contrario, si el miope fuerte no usa cristales para ver de cerca, si se ve obligado á acercar demasiado el objeto á sus ojos, su miopia será progresiva y podrá ir acompañada de todas las complicaciones que hemos señalado.

Aquí se presenta una cuestión muy importante: ¿conviene hacer usar al miope constantemente cristales que neutralicen por completo su miopia? El miope se encontraría entonces en las condiciones del emmétrope, viendo distintamente al infinito sin acomodación, luego acomodando más y más para ver á las distancias comprendidas entre el infinito y su *punctum próximum*.

Desgraciadamente, cuando los enfermos vienen á consultarnos, la miopia existe ya con sus consecuencias, es decir, que ya hay prolongación del eje ántero-posterior del ojo é insuficiencia de los músculos rectos internos. La relación que en estado normal existe entre la convergencia y

la acomodación, no existe ya en el miope; éste hace esfuerzos mayores de convergencia y menores de acomodación. Si neutralizamos bruscamente la miopia en ese sujeto, como tiene la costumbre de relajar su acomodación cuando converge, se hace relativamente hipermétrope para una distancia definida; por eso sus cristales le tiran de los ojos, como dice él, y no puede leer algún tiempo sin experimentar dolores de cabeza; hay, en suma, astenopia acomodativa. Como el miope no puede cambiar bruscamente de costumbres ya antiguas, es necesario empezar por cristales débiles, y cuando ello es posible, llegar poco á poco hasta los cristales que neutralicen su miopia. Por esto importa hacer usar cristales cóncavos desde muy pronto, desde los primeros fenómenos de la miopia, antes de que las relaciones fisiológicas entre la convergencia y la acomodación estén absolutamente rotas.

En la práctica, cuando un sujeto tiene una miopia igual ó inferior á 3 dioptrias, no hay necesidad alguna de cristales para la visión próxima; hay que contentarse con escogerle cristales para ver á distancia.

Si la miopia es superior á 3 dioptrias, hay que escoger dos clases de cristales: unos para ver á distancia, que neutralicen exactamente la miopia; otros para ver de cerca, de un número igual al precedente menos 3 dioptrias, de manera que se reduzca á 33 centímetros el *punctum remotum*. Por ejemplo, en un sujeto miope de 5 dioptrias, se prescribirá — 5 para ver á distancia y — 2 para ver de cerca. Un miope en estas condiciones deberá llevar constantemente los cristales para ver de cerca y con intervalos solamente los cristales para ver de lejos. Para evitar entonces cambiar de cristales, este miope podría anteponer delante de los anteojos que le sirven para la visión próxima un lente ó un monocular cuyo número sumado con el número de los anteojos equivaldría al cristal que debe corregir la visión á distancia.

Este procedimiento es más cómodo que el que consiste en cambiar simplemente de cristales, pero tiene un gran inconveniente: los dos cristales superpuestos no están colocados exactamente uno delante del otro, centro á centro, y la marcha de los rayos luminosos en ese sistema, separado por una capa de aire de diferente refracción, será forzosamente irregular, diferente en cada ojo y fatigoso para ambos ojos.

No solamente hay que corregir el exceso de refracción de los miopes por medio de cristales cóncavos. La insuficiencia de la convergencia provoca fenómenos de astenopia muscular á menudo dolorosos, en todo caso muy molestos y que á muchos sujetos les impiden entregarse durante bastante tiempo á un trabajo próximo. Esta astenopia muscular es á

menudo en ellos el signo premonitorio de un estrabismo divergente permanente.

Es necesario, pues, colocar delante de cada ojo un prisma de base interna, que permitirá hacer menores esfuerzos de convergencia. Estos prismas pueden estar fundidos en los cristales cóncavos. Se puede, por lo demás, conseguir un resultado análogo descentrando los cristales cóncavos, es decir, llevando el centro de estos cristales más ó menos hacia fuera de cada eje óptico. El eje del ojo estará en relación con la región divergente prismática del cristal. En lugar de dar á los centros de los dos cristales una separación de 62 milímetros, que es el término medio, se les dará una separación de 68 á 70 milímetros.

Hasta un grado de miopia de 8 á 10 dioptrias, la elección de los cristales es en suma fácil, y se consigue dar á los enfermos una agudeza visual satisfactoria, cuando hay pocas complicaciones por parte de la coroides, en particular cuando la región de la mácula está sana. Pero hay miopias de un grado mucho más elevado, 15, 20, 25 dioptrias. En estos casos, es difícil hacer soportar á los enfermos cristales bastante fuertes para corregir su miopia; no pueden aceptar más que cristales inferiores en un buen número de dioptrias á su miopia real y la agudeza visual que obtienen así es poco satisfactoria. Se ha tratado, pues, de hacer algo mejor.

Cuando un enfermo anteriormente emmétrope es operado de catarata, queda fuertemente hipermétrope, y para hacerle ver distintamente á lo lejos, hay que colocar delante de sus ojos un cristal convexo de 10 á 12 dioptrias próximamente. Al quitar á un miope su cristalino transparente, se disminuye su miopia en unas 15 dioptrias. Para remediar luego este defecto de refringencia, se pone, no en lugar del cristalino, lo que no sería posible, sino delante del ojo, un cristal de 10 á 12 dioptrias, cuyo cristal dará una refringencia tanto mayor cuanto más adelante del ojo se coloque. De ahí ha venido la idea, emitida ya en 1775 por el abate Demonceaux, del tratamiento quirúrgico de la miopia por la ablación del cristalino. Según parece, ha pasado largo tiempo sin que esta idea fuera puesta en ejecución, ó por lo menos los que la han practicado no publicaron los resultados, probablemente malos. Desde 1888, por el contrario, los casos se suceden y son cada día más numerosos. Muchas operaciones han ido seguidas de fracasos inmediatos ó tardíos, pero quedan bastantes éxitos para que esta operación pueda ser considerada en adelante con derecho de domicilio en la práctica quirúrgica.

Todos los casos no son igualmente propios para ser tratados de este modo; hay indicaciones y contraindicaciones. Las indicaciones son una

miopia muy fuerte, superior á 15 ó 16 dioptrias, no suficientemente mejorable por los cristales, por ejemplo, cuando no se consigue dar á los enfermos una agudeza visual de 1/4 á 1/5. Se debe igualmente tener en cuenta la edad del enfermo, su profesión, sus necesidades de visión, en cierto modo, el carácter progresivo ó no de su miopia. En suma, considerando los riesgos que hace siempre correr, no se debe practicar esa operación sino cuando realmente no hay medio de obrar de otro modo.

Las contraindicaciones resultan sobre todo del estado del fondo del ojo. Cuando hay lesiones progresivas de la coroides, sobre todo cuando la región de la mácula es invadida, la operación será completamente inútil; es evidente que lo mismo ocurrirá cuando sea de temer un desprendimiento de la retina y lo mismo cuando exista un reblandecimiento bastante pronunciado del cuerpo vítreo.

Se está acorde en reservar esa operación para los individuos jóvenes, de una edad inferior á veinte ó por lo menos á veinticinco años. En efecto, en una persona joven se puede temer que sobrevengan más tarde las numerosas complicaciones que puede acarrear la miopia; al contrario, en una persona de edad, esas complicaciones apenas son ya de temer; por otra parte, esas personas están más ó menos acostumbradas á su suerte y sería penoso sacarles de ella para hacerles sufrir una catástrofe posible.

He aquí el procedimiento operatorio que nos parece debe ser empleado en semejante caso. Se trata de personas jóvenes y de cristalinos transparentes y no esclerosados. Tratando de practicar directamente la extracción de ese cristalino, nos expondríamos á dejar dentro del ojo la mayor parte de él, sin verla, la cual muy pronto se volvería opaca y haría inútil la primera operación; sería entonces necesario, en una segunda operación, practicar la extracción de las masas que habían quedado en el ojo. Es preferible obtener primero la opacidad del cristalino. Para ello se necesitan tres instrumentos: un separador de los párpados, una pinza de fijación del globo del ojo y un cuchillo falciforme, cuchillo cuya parte cortante, corta y muy puntiaguda, tiene la forma de una pequeña hoz.

Una vez cocainizado el enfermo, se lava con cuidado toda la región y en particular el borde libre de los párpados; se coloca el separador, se fija el globo del ojo con la pinza; luego, con la punta del cuchillo falciforme, atravesando la córnea por cerca del limbo para no dejar una cicatriz molesta, se va á desgarrar en diferentes direcciones la cápsula anterior del cristalino. De este modo se pondrán en contacto con el humor acuoso las masas cristalinianas que se harán opacas en los días siguientes.

Esta operación es muy sencilla: el humor acuoso ni siquiera se derrama y la cámara anterior conserva su forma. Hay que instilar colirio de atropina para dilatar la pupila y poner el humor acuoso y el cristalino en contacto en una mayor superficie, pero se debe vigilar la marcha de la opacificación. Si la tumefacción de las masas cristalinianas se hace demasiado rápida, resulta un poco de iritis, que la atropina debe combatir, y luego un aumento de la tensión intraocular que apresuraría el momento de la extracción. En general, la extracción del cristalino se hace quince días después de la discisión de la cápsula. Como se trata siempre de catarata blanda y la presencia de un núcleo á esa edad es cosa muy extraordinaria, quitamos esta catarata por aspiración con el aparato de Redard.

Después de la cocainización y del lavado que es indispensable hacer antes de todas las operaciones oculares, colocamos el separador de los párpados; el enfermo mira hacia su barba y su ojo está además mantenido en esta posición por la pinza fijadora; luego se toma un cuchillo triangular acodado, una pica, se atraviesa la córnea á 1 milímetro de la parte superior del limbo; entonces, con los dos bordes cortantes de la pica se la secciona, paralelamente al limbo, en una extensión de 7 á 8 milímetros. Esta sección es muy suficiente para introducir una de las cucharillas del aparato aspirador de Redard, que se ha tenido el cuidado previo de limpiar minuciosamente; hundiendo esta cucharilla en el cristalino mientras que el otro extremo del instrumento, terminado en una oliva de caucho, está colocado en la boca del operador, se aspira suavemente, dirigiendo la abertura en forma de ojal de la cucharilla de manera que recoja en cierto modo todas las masas cristalinianas.

Se debe aspirar lenta y suavemente y repetirlo dos ó tres veces. Cada vez se expulsarán las masas contenidas en el aspirador soplando, al contrario, en el aparato y luego haciendo pasar rápidamente por él una corriente de una solución de cianuro de mercurio al 1 por 1,500. En tanto que la cucharilla se encuentra en el ojo, es necesario guardarse bien de espirar en el aparato; asimismo hay que cesar de aspirar antes de retirar la cucharilla. En efecto, esta operación provoca una fuerte contracción del esfínter de la pupila y hasta es una de las grandes ventajas del método que es una garantía casi absoluta contra la hernia post-operatoria del iris; pero, por otra parte, hay que evitar el aspirar el iris y arrastrarlo así fuera de la herida.

Este procedimiento da habitualmente una pupila muy limpia; pero á veces, para evitar la contusión del iris, podrá ser útil, para terminar la operación, servirse de la cucharilla de Daviel y extraer con ella pequeñas masas que podrían haber quedado en el campo pupilar.

Es inútil practicar en semejante caso la iridectomía; ésta no es de ningún modo indispensable para obtener un buen resultado operatorio; en segundo lugar, ocasiona una deformidad, que es tanto más digna de consideración cuanto que aquí se trata únicamente de individuos jóvenes; en tercer lugar, en los miopes sobre todo, importa tener una pupila redonda y pequeña. Se dice con razón que no hay miopes mirando por un agujero de alfiler. En efecto, mirando á través de un agujero pequeño hecho con un alfiler en una tarjeta, un miope verá á distancia por lo menos tan bien como con el cristal esférico cóncavo apropiado á su vista; hasta mejor si, al mismo tiempo que miope, es astígmata, porque no dejará llegar á su retina sino los rayos que siguen el trayecto mismo del eje óptico y no habrá por consiguiente círculo alguno de difusión. Por eso, después de la operación, cuanto más pequeña sea la pupila, menos podrán los rayos luminosos que lleguen á la retina separarse del eje óptico y provocar círculos de difusión.

Es verdad que después de la extracción del cristalino transparente en los miopes, las condiciones ópticas están cambiadas del todo. No es solamente una fuerza refringente de 15 dioptrias lo que se ha quitado al ojo miope, sino en general una cantidad mucho más considerable y, cosa curiosa, cuanto más miope era el sujeto antes de la operación, más dioptrias de miopia le resta la extracción del cristalino: así, un individuo anteriormente miope de 16 dioptrias, por ejemplo, será luego hipermétrope de una dioptria, de donde una diferencia de refracción de 17 dioptrias; un individuo miope de 24 dioptrias, será luego miope de una dioptria, de donde una diferencia de 23 dioptrias. Estos hechos dan la razón á los que creen que, en muchos casos, no sólo existe una miopia axil debida á la prolongación del diámetro ántero-posterior del ojo, sino que hay también una miopia de corvadura y un aumento de refringencia de cada uno de los medios transparentes del ojo.

F. — TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

La congestión de la coroides es una de las complicaciones inflamatorias más habituales de la miopia. Para impedir esta complicación, hay que recomendar á los enfermos que eviten todo lo que pudiera congestionarles la cabeza; deben tener la cabeza derecha y no inclinada hacia delante, más ó menos inclinada sobre el pecho; deben evitar cuidadosamente el estreñimiento y hasta, de tiempo en tiempo, tomar algún purgante drástico. Deben colocar pantallas sobre su lámpara y delante de las chimeneas;

deben evitar toda luz viva, y en tiempos de sol ó de nieve usar cristales ahumados. Hasta deben evitar en lo posible esa congestión de la cabeza que se presenta tan á menudo después de la comida.

Si la coroiditis está declarada, es necesario unir á los *purgantes* drásticos *ventosas secas* aplicadas sobre la nuca, *sanguijuelas* aplicadas debajo del ángulo interno de los párpados, en el trayecto de la vena angular de la cara, que desemboca directamente en la vena oftálmica.

Las complicaciones más graves de la miopia son la coroiditis atrófica, sobre todo cuando interesa la región de la mácula y el desprendimiento de la retina. Nos referimos á lo que ya hemos dicho sobre este asunto.

G.— PROFILAXIA DE LA MIOPIA

En la miopia no solamente hay una cuestión de profilaxia y de tratamiento individual. Hay también una cuestión de higiene pública de las más importantes, que ya ha llamado la atención de los gobiernos y que recibe satisfacción poco á poco, si bien de una manera demasiado lenta. Es una cuestión de interés general por dos razones: primera, porque el grado y la frecuencia de la miopia aumentan de un modo constante, tanto más cuanto la civilización es más adelantada, y esta consideración es una pobre satisfacción en presencia de los numerosos inválidos, de los inútiles que ocasiona la miopia. Es también una cuestión de interés común por el hecho de que son medidas de orden general las únicas que pueden oponerse á esa progresión de la miopia. En efecto, en las escuelas es donde sobre todo se declara y se desarrolla; son, pues, los poderes públicos los únicos que pueden promulgar medidas eficaces para detenerla.

El material de las antiguas escuelas era de lo más defectuoso desde este punto de vista. Las mesas eran de igual altura para todos los alumnos, cualquiera que fuese su talla; el borde anterior del banco estaba colocado á alguna distancia hacia atrás del borde posterior de la mesa, lo que hacía más fácil la circulación entre los bancos y las mesas, pero obligaba á los alumnos á tener el plano del asiento mucho más atrás que el plano de los hombros y, por consiguiente, á estar muy inclinados hacia delante; además los bancos no tenían respaldo.

Es preciso, por el contrario, que la mesa se halle á plomo sobre el banco, es decir, que el borde anterior del banco esté más adelante del borde posterior de la mesa, de manera que los alumnos se vean obligados á mantenerse derechos; es necesario que los bancos tengan todos respaldo para que los alumnos puedan descansar manteniéndose derechos cuando

cesan de leer ó escribir para escuchar ó para mirar á la pizarra. Es necesario que el material obligue á los niños á no aproximarse demasiado á su cuaderno, sin perjuicio de usar cristales cuando sólo pueden ver de demasiado cerca.

Ciertos niños, no pudiendo inclinarse hacia delante, podrían dejarse recostar sobre su banco de manera que baje el plano de sus ojos y lo aproximen al plano del libro. Hay diversos medios de oponerse á este hecho: por ejemplo, mesas y bancos de altura diferente, corsés especiales; se puede también disponer á cada lado del pupitre un tallo vertical, estando ambos reunidos por una regla horizontal de la que no podrá pasar la frente del niño.

La disposición tipográfica de los libros tiene grande importancia: es necesario evitar los caracteres demasiado finos y dejar entre las líneas un espacio suficiente.

La cuestión del alumbrado ha dado lugar á numerosas discusiones. En lo que concierne al alumbrado natural, todo el mundo está de acuerdo acerca de que debe ser suficiente en todos los puntos de la clase: una línea trazada desde cada sitio al borde superior de la ventana, debe llegar hasta el cielo sin encontrar obstáculo, es decir, que los ojos aplicados sobre la mesa deben ver el cielo desde todos los sitios. Por otra parte, los alumnos no deben estar colocados al sol, lo que daría una luz demasiado brillante y fatigosa. Se necesita, pues, luz difusa. Esta luz no debe venir de cara, porque deslumbraría los ojos; no debe venir de atrás, porque los alumnos se harían constantemente sombra á sí mismos; no debe venir únicamente de la derecha, porque los caracteres trazados con la mano derecha estarían constantemente en la sombra de esta mano. Si la luz viene de un solo lado, debe, pues, venir de izquierda á derecha y con preferencia de arriba para no deslumbrar los ojos; si el alumbrado es bilateral, la luz que viene del lado izquierdo debe ser más abundante que la que viene del lado derecho.

La luz natural, cuando es difusa, nunca es excesiva; con mayor razón la luz artificial, que es siempre infinitamente menos viva, sólo puede pecar por defecto.

Esta luz artificial tiene siempre otro inconveniente: es el de contener una gran cantidad de rayos amarillos rojos y, por otra parte, una gran cantidad de rayos caloríficos; un tercer inconveniente de la luz artificial consiste en el hecho de que este alumbrado quema cierta cantidad de oxígeno y, por otra parte, desprende en la atmósfera gases impropios para la respiración. Estos inconvenientes son más acentuados en la luz del gas; la luz de una buena lámpara de aceite es, pues, preferible para

el trabajo de gabinete. En general, el foco de luz artificial debe ser bastante intenso para alumbrar lo mejor posible; debe estar bastante lejano para que el calor que desarrolla no tenga sobre el ojo influencia perjudicial; se obedecerá lo mejor que se pueda á estas dos necesidades, en apariencia contradictorias.

La luz eléctrica ofrece sobre las precedentes una ventaja considerable: es muy rica en rayos luminosos, no contiene rayos caloríficos y, por otra parte, vicia muy poco la atmósfera. Se han señalado numerosos casos de accidentes causados por la luz eléctrica, accidentes comparables á la insolación y al trastorno de la vista causado por el brillo de la nieve; pero esos accidentes han sido siempre observados en sujetos que habían mirado directamente la luz eléctrica; ahora bien, es un hecho elemental que la luz artificial está hecha para alumbrarnos y no para ser mirada.

Es fácil evitar esos inconvenientes colocando los focos de luz eléctrica muy altos, de suerte que nuestros ojos no estén obligados á ver esos focos cuando no los buscan.

IV

Astigmatismo

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Al hablar de la hipermetropía y de la miopia, hemos supuesto que los diversos medios refringentes del ojo estaban limitados por superficies curvas absolutamente regulares, es decir, que los planos que pasan por el eje óptico del ojo daban siempre, por la intersección de las superficies refringentes, curvas absolutamente superpuestas. En realidad, generalmente no ocurre así y los diversos cortes meridianos no tienen el mismo foco. De ahí viene la palabra astigmatismo (α privativo, στιγμα punto); el haz luminoso que atraviesa un sistema de este género no formará ya un foco en un punto único. Los dos meridianos principales, el de mayor y el de menor corvadura, tendrán cada uno un foco distinto y entre estos dos focos vendrán á escalonarse los focos de los meridianos intermedios.

B — CLASIFICACIÓN

Pueden presentarse varios casos.

Puede haber un meridiano emmétrope, siendo hipermétropes todos los demás: es el *astigmatismo simple hipermetrópico.*

Siendo emmétrope uno de los meridianos, todos los demás son miopes: es el *astigmatismo simple miópico.*

No hay meridiano emmétrope, todos son hipermétropes, pero con grados de refracción diferentes: es el *astigmatismo compuesto hipermetrópico.*

No hay meridiano emmétrope, todos son miopes, pero con grados de miopia diferentes: es el *astigmatismo compuesto miópico.*

Finalmente, en un quinto caso, los dos meridianos principales son, el uno miope, el otro hipermétrope: es el *astigmatismo mixto;* se llama astigmatismo mixto *miópico* ó astigmatismo mixto *hipermetrópico*, según sea el meridiano miope ó el meridiano hipermétrope aquel cuya refracción se separa más de la normal.

Habitualmente, el meridiano vertical es el más refringente, el más miope; el meridiano transversal es el menos refringente, el más hipermétrope. Cuando es así, se dice que el astigmatismo es *conforme á la regla* ó *directo;* en el caso contrario, el astigmatismo es *contrario á la regla* ó *inverso.* Ejemplos: astigmatismo mixto miópico directo significa un astigmatismo en el cual los dos meridianos principales son el uno miope y el otro hipermétrope; el meridiano miope es más miope de lo que el otro es hipermétrope y el meridiano miope es el vertical; astigmatismo mixto hipermetrópico inverso quiere decir astigmatismo con meridiano vertical más hipermétrope de lo que el meridiano transversal es miope.

Los dos meridianos principales son generalmente bastante vecinos del meridiano vertical y del meridiano horizontal, pero á veces la inclinación de los meridianos principales es bastante considerable.

El organismo humano es absolutamente imperfecto, y en el ojo en particular casi nada hay que no sea generalmente defectuoso. Todos los ojos son, pues, astígmatas; sin embargo, en la práctica se acostumbra considerar sólo como astígmatas los ojos en los cuales la diferencia de refracción entre los dos meridianos principales excede de media dioptria.

Los casos que acabamos de ver representan el astigmatismo regular en el cual todos los meridianos no tienen la misma corvadura, pero cada

meridiano considerado aisladamente ofrece la misma corvadura en toda su extensión y esta corvadura varía de un meridiano á otro de un modo regularmente progresivo. Se denomina *astigmatismo irregular* un vicio de refracción causado por irregularidades de corvadura de la córnea á consecuencia de ulceraciones, de mancha, de queratocono; aquí, la corvadura de la córnea nada tiene de geométrica, este trastorno escapa á todas las leyes de la refracción y no nos ocuparemos en él.

El asiento principal del astigmatismo está en la córnea, pero hay que ceder su parte también á las desigualdades de corvadura del cristalino. El astigmatismo corneal y el astigmatismo cristalino pueden ejercer su influencia en el mismo sentido ó bien compensarse el uno al otro; este caso es el más frecuente, es decir, que lo más á menudo el astigmatismo cristalino es á deducir del astigmatismo corneal.

C. — SINTOMATOLOGÍA

Los astígmatas tienen una agudeza visual defectuosa, y esto desde su primera juventud, pero este síntoma es común á todas las ametropías algo elevadas. Otros síntomas son más característicos: los objetos redondos toman una apariencia oval; de dos líneas negras iguales perpendiculares entre sí, una parecerá mucho más clara que la otra. En un cuadrante, por ejemplo, algunos sujetos no verán sino la aguja de las horas ó la aguja de los minutos, no siendo la otra visible, ó bien para verla se verán obligados á inclinar la cabeza en cierto sentido.

Es fácil descubrir el astigmatismo colocando delante de un ojo un cristal plano cilíndrico; si se coloca delante del ojo un cristal plano cilíndrico cóncavo, la refracción está aumentada en el plano perpendicular al eje del cilindro y no varía en el plano paralelo á este eje. Si se hace girar delante del ojo esta lente plano-cilíndrica alrededor del eje óptico tomado como eje de rotación, y si se mira un círculo, si el ojo en experiencia es normal, cada uno de sus meridianos recibirá sucesivamente cierta cantidad de refracción en exceso; pero como todos estos meridianos son iguales, la claridad de la imagen será constantemente la misma cualquiera que sea la inclinación del cristal. El círculo aparecerá constantemente como una elipse, cuyo eje mayor girará con el cristal. Si suponemos, por el contrario, un ojo astígmata, la adición de refracción aportada por ese cristal al meridiano más convexo aumentará el astigmatismo, y hará aparecer la elipse más alargada que en las otras posiciones. Al contrario, cuando la refracción del cristal se sume al meridiano menos refringente,

los dos meridianos principales se aproximarán entonces á la igualdad, la imagen será más clara y la elipse se aproximará á la forma del círculo, que es aquí la verdadera. En la posición más desfavorable de la lente, se obtiene la suma de las acciones astigmáticas de la lente y del ojo; en la posición más favorable de la lente, se obtiene la diferencia de esas acciones.

Anotando el ángulo que forma el eje de la lente con el horizonte en esas dos posiciones extremas, se obtiene la dirección de los dos meridianos principales.

Se mide el astigmatismo determinando la diferencia de refracción de los dos meridianos principales; pero, para corregir el astigmatismo, no basta conocer solamente esta diferencia, es necesario también conocer la refracción de los dos meridianos principales. En efecto, para mejorar la agudeza visual todo lo posible, no sólo hay que restituir al ojo una forma simétrica, sino también hacerlo emmétrope.

Para determinar el astigmatismo y escoger los cristales, es importante recordar la proposición siguiente: cuando un ojo astígmata mira un grupo de líneas paralelas yuxtapuestas y separadas por intervalos iguales, el trastorno que se observa es producido por la aberración de refracción del meridiano perpendicular á la dirección de esas líneas paralelas. En efecto, supongamos un sistema de líneas rectas horizontales y coloquemos delante del ojo una hendidura estenopeica de igual dirección, es decir, horizontal; el meridiano horizontal dejará, pues, pasar solo rayos luminosos; los círculos de difusión determinados por cada punto de esas líneas no pueden alinearse más que sobre estas mismas líneas; éstas pueden ser alargadas, pero su anchura no puede ser aumentada.

Si colocamos la hendidura verticalmente, es decir, perpendicularmente á la dirección de las líneas paralelas; si hay aberración de refracción en el meridiano vertical, los círculos de difusión de cada línea se manifestarán exclusivamente en este meridiano; se invadirán el negro y el blanco de los intermedios, é inversamente; el conjunto presentará un aspecto confuso y grisáceo. Así, el estado de la refracción en un meridiano es acusado por la manera como son vistas las líneas perpendiculares á ese meridiano; cuando las líneas horizontales se ven claramente, es que el meridiano vertical es normal, é inversamente.

En este principio se funda el método de Otto Becker para la determinación y la corrección del astigmatismo. El sujeto se coloca á cierta distancia de un cuadro sobre el que están trazadas líneas dispuestas como los radios de una rueda y separadas por intervalos iguales de 15°. Un ojo astígmata acusará una percepción muy diferente para cada una de estas

líneas: una se ve más claramente que las otras, ó hasta con completa claridad, y la línea perpendicular á ésta es la que se ve peor de todas. Estas dos líneas indican ya la dirección de los dos meridianos principales.

Si una de estas dos líneas se ve con completa claridad, es que el meridiano perpendicular á ella es exactamente emmétrope. Si ninguna de las líneas se ve claramente, se procede como en la determinación de una ametropía simple por el método de Donders, es decir, que se toma un cristal esférico débil. Si un cristal esférico cóncavo débil hace la visión más confusa, se toma un cristal convexo débil; si la visión mejora, se toma un cristal más fuerte, y así sucesivamente hasta que, viéndose todas las líneas más distintamente, una de ellas presente una claridad perfecta. Un cristal cóncavo de 2 dioptrias, por ejemplo, hará ver muy clara la línea inclinada á 15°; de ello se concluirá que el meridiano perpendicular, á 105°, es miope de 2 dioptrias. Las otras líneas son todavía confusas; se aumentará el número del cristal hasta que la línea más confusa, la que está colocada á 105°, se presente á su vez completamente clara; á medida que esta línea colocada á 105° se aclara, las otras, por el contrario, se obscurecen. El cristal que vuelve muy clara la línea de 105°, es, por ejemplo, un cristal de 3 dioptrias. Concluimos de este experimento que los dos meridianos principales de aquel ojo son 15° y 105°; que el último tiene una miopia de 2 dioptrias, el primero una miopia de 3 dioptrias, y que por consiguiente el astigmatismo representado por la diferencia es de una dioptria.

En el caso de astigmatismo mixto, la conducta será exactamente la misma: un cristal convexo débil, por ejemplo, aclara algunas líneas y obscurece las otras; las líneas obscurecidas son las que corresponden á los meridianos hipermétropes; hay que ocuparse solamente de las líneas que se aclaran y buscar el cristal cóncavo que hace ver muy claramente una de esas líneas; esta línea es perpendicular al meridiano más miope.

Se toma entonces la serie de los cristales convexos y se busca el que hace más clara la línea perpendicular á la línea que se veía más clara con el cristal cóncavo.

Supongamos que la primera línea sea la vertical, vista con claridad con un cristal — 3, la segunda será horizontal, vista con claridad con un cristal, por ejemplo, + 2. Se trata aquí de un astigmatismo mixto miópico de 5 dioptrias.

En muchos casos, las investigaciones resultan difíciles por la contracción del músculo ciliar, y cristales escogidos primero pueden reconocerse

defectuosos algunos días después; por esto, en todos los casos difíciles, es necesario instilar en el ojo atropina, que paralizará la acomodación y permitirá juzgar claramente de la refracción del ojo en estado estático.

Este procedimiento es muy largo, fastidioso y acaba por fatigar al enfermo, cuyas respuestas llegan á ser del todo contradictorias. Es mucho más rápido, más fácil y más exacto proceder por la queratoscopia, como hemos indicado. La queratoscopia en el astigmatismo da rápidamente la dirección de los meridianos principales; haciendo pasar sucesivamente por delante del ojo del sujeto los diferentes cristales de la regla optométrica de Parent ó de Antonelli, se obtiene muy pronto, sin fatiga alguna para el enfermo, la refracción en los dos meridianos y de ahí se deduce el número del cristal esférico y del cristal cilíndrico que deberán corregir esa refracción.

D. — MARCHA

El astigmatismo es generalmente congénito y hereditario, lo mismo que la miopia y la hipermetropía. Reside habitualmente en los dos ojos, pero en grados diferentes. Puede ir acompañado de asimetría en las partes óseas que rodean la órbita.

Hemos dicho que, para determinar exactamente un astigmatismo y los cristales que le convienen, había que emplear la atropina á fin de paralizar la acomodación; es que, en efecto, las contracciones del músculo ciliar pueden modificar completamente los resultados que se habían encontrado antes. Por otra parte, el empleo de la atropina tiene el grave inconveniente no sólo de impedir á los enfermos la visión durante unos ocho días, siendo así que venían, por el contrario, á pedirnos la mejora de su vista, sino sobre todo de dejar completamente aparte un factor importante, el músculo ciliar, que más tarde, cuando salga de su reposo, reanudará más ó menos las contracciones irregulares que tenía antes del empleo de los cristales cilíndricos, y modificará, de una manera á veces muy sensible, los resultados obtenidos. Nos parece, pues, á menudo más prudente, en la mayoría de los casos al menos, no emplear la atropina, sino hacer dos exámenes sucesivos con algunos días de intervalo y no prescribir cristales sino cuando se obtengan en estos dos casos resultados concordantes. No se debe tratar de formular los cristales con un rigor demasiado matemático, lo mismo en los astígmatas que en los hipermétropes y los miopes. El ojo no es un instrumento de óptica rígido y siempre igual; es,

por el contrario, un órgano muy delicado, sobre el cual se dejan sentir todas las impresiones nerviosas; debemos, pues, pensar en las consecuencias de esas influencias que no podemos impedir.

E. — TRATAMIENTO

ELECCIÓN DE LOS CRISTALES EN EL ASTIGMATISMO

Los cristales plano-cilíndricos permiten añadir ó sustraer una cantidad de refracción dada en un meridiano del ojo sin alterar los otros meridianos. En efecto, en el plano perpendicular á su eje, el cristal plano-cilíndrico goza de todas las propiedades de las lentes esféricas, en tanto que, en el plano que pasa por su eje, ese cristal obra como un espejo de caras paralelas y no altera la refracción.

1.° Supongamos primero un *astigmatismo simple:* uno de los meridianos es emmétrope; tomaremos un cristal cilíndrico cuyo eje colocaremos en el sentido del meridiano emmétrope, en el cual nada queremos modificar, y escogeremos la corvadura de ese cilindro de manera que corrija el exceso ó la insuficiencia de refracción del meridiano perpendicular. Por ejemplo, supongamos un *astigmatismo miópico simple* directo de 2 dioptrias. El meridiano transversal es emmétrope, el meridiano vertical es miope de 2 dioptrias. Colocaremos delante del ojo una lente cilíndrica cóncava de 2 dioptrias con el eje transversal.

2.° Supongamos un *astigmatismo compuesto:* los dos meridianos son miopes, el horizontal de 2 dioptrias, el vertical de 3 dioptrias. Se podrían tomar dos lentes plano-cilíndricas, una de 2 dioptrias con eje vertical, otra de 3 dioptrias con eje transversal y pegarlas por su cara plana por medio de bálsamo del Canadá; pero en la práctica estos dos cristales simplemente pegados podrían separarse en un choque; además, es difícil pulimentar las dos superficies de una lente bicilíndrica manteniendo los ejes de sus dos superficies perfectamente en ángulo recto el uno con el otro durante toda la operación del pulimento. El óptico construirá, pues, un cristal plano-esférico cóncavo de 2 dioptrias y luego tallará un cilindro cóncavo de una dioptria con eje transversal.

3.° Supongamos, en fin, un *astigmatismo mixto:* el meridiano vertical es miope de 3 dioptrias, el meridiano transversal es hipermétrope de 2. Tomaremos un cristal plano-esférico convexo de 2 dioptrias que hará emmétrope al meridiano transversal, pero dará al meridiano vertical un

exceso de refracción de 2 dioptrias, lo que, añadido á las 3 dioptrias de miopia que había ya en ese sentido, hará un exceso de refracción de 5 dioptrias. Tallaremos, pues, en ese cristal plano-convexo en su cara posterior un cilindro de 5 dioptrias con eje transversal, que hará emmétrope el meridiano vertical y dejará el meridiano transversal como estaba antes de esta última corrección, es decir, igualmente emmétrope.

4.° *Astigmatismo hipermetrópico simple y presbicia.* — Un astígmata hipermétrope simple es corregido para ver á lo lejos con un cristal plano-cilíndrico convexo de 2 dioptrias con eje vertical; se vuelve presbíope y tiene necesidad, para ver de cerca, de añadir á su cilindro un cristal plano-esférico de $2^d,50$; en efecto, este exceso de refracción debe ser añadido á todos los meridianos. Hay aquí dos medios: tomar un cristal plano-esférico convexo de $2^d,50$ y tallar sobre su cara plana un cilindro convexo de 2 dioptrias con eje vertical; en este caso, $2^d,50$ quedarán sumadas á todos los meridianos y el cilindro convexo con eje vertical dará además al meridiano horizontal un exceso de refracción de 2 dioptrias. Un segundo medio consiste en tomar un cristal plano-esférico convexo de $4^d,50$ y tallar sobre su cara plana un cilindro cóncavo de 2 dioptrias con eje transversal. En este caso, se añadirán al meridiano transversal las $4^d,50$ que le son necesarias y el meridiano vertical sólo recibirá $2^d,50$.

5.° Tomemos un último caso, *presbicia en un caso de astigmatismo mixto.* Un ojo es hipermétrope de $2^d,50$ en el meridiano horizontal; es miope de 3 dioptrias en el meridiano vertical; existe además una presbicia que requiere el auxilio de un cristal convexo de 2 dioptrias. Para que ese ojo vea á distancia, le damos un cristal esférico cóncavo de 3 dioptrias sobre cuya cara plana se ha tallado un cilindro convexo de $5^d,50$ con eje vertical. Para la visión de cerca, debemos añadir á todos los meridianos 2 dioptrias. Aquí, en lugar de tomar primero un cristal esférico cóncavo de 3 dioptrias, tomaremos un cristal esférico cóncavo de una dioptria solamente, sobre cuya cara posterior se tallará un cilindro convexo de $5^d,50$ con eje vertical.

6.° *Notación.* — Los cristales esféricos son designados por esf.; los cristales cilíndricos por cil.; el signo $\frown$ indica la combinación de un cristal esférico con un cristal cilíndrico; la fórmula

$$\text{Esf.} + 3^D \frown \text{cil.} - 2^D$$

indica que á un cristal esférico de 3 dioptrias hay que añadir un cilindro cóncavo de 2 dioptrias.

El punto importante en la prescripción de los cristales cilíndricos con-

siste en fijar bien la posición del eje del cilindro. Es preciso, pues, determinar esta dirección del modo más claro posible. Para esto se indica generalmente el ángulo que forma este eje con la horizontal, pero se ha de precisar bien la posición del cero. Generalmente, ese cero se halla sobre el meridiano horizontal y á la izquierda con relación al mismo enfermo; sin embargo, algunos oculistas lo colocan á la derecha. Por otra parte, entre los que lo colocan á la izquierda, unos marcan los grados descendiendo, en el sentido de la marcha de las agujas de un reloj, otros los marcan ascendiendo. Estas variaciones son origen de un gran número de errores cuando la prescripción de un oculista cae en manos de un óptico no acostumbrado á trabajar para él. Es, pues, prudente indicar por medio de un guión la dirección que se quiere dar al eje del cilindro. Se formulará, por ejemplo,

$$\text{Esf.} + 2^{D} \frown \text{cil.} - 3^{D}\, 75^{\circ} /$$

ó bien, más sencillamente y por modo abreviado, suprimiendo los signos esf., cil., $\frown$

$$+ 2^{D} - 3^{D}\, 75^{\circ} /$$

notación que es muy bien comprendida por los fabricantes.

Se ha propuesto igualmente colocar el cero sobre la línea media arriba ó abajo, lo cual no nos parece que presente ventajas. Esta cuestión está siempre pendiente y la Sociedad francesa de oftalmología ha nombrado, hace algunos años, una comisión encargada de emitir un informe sobre este asunto. El informe ha sido hecho y publicado, pero no ha modificado sensiblemente el estado de la cuestión.

Javal ha presentado con este motivo una proposición muy ingeniosa y cuya adopción nos parece muy deseable: es la de designar el eje del cilindro por la posición correspondiente de la aguja de las horas en un horario. El intervalo horario es de 30°; se pueden añadir las medias horas, lo que dará intervalos de 15°, suficientes en la práctica. Por ejemplo, en lugar de

$$+ 2^{D} - 3^{D}\, 75^{\circ} /,$$

formularemos:

$$\begin{array}{l} 0^{D} : + 2^{D} - 3^{d}\ \text{XII}\ {}^{1}/_{2} \diagdown \\ 06 + 2^{d} - 2^{d},50\ \text{XI} / \end{array}$$

¿Es necesario corregir siempre el astigmatismo? Hay que tener en cuenta el grado del astigmatismo, el carácter del sujeto y sus ocupaciones habituales. Cuando se trata de un astigmatismo de grado elevado, la

corrección se impone siempre. Un sujeto que tenga, por ejemplo, un meridiano vertical emmétrope y un meridiano transversal hipermétrope de 4 dioptrias, es, sin cristal, un amblíope que ve mal á todas las distancias é incapaz de dedicarse á cualquier trabajo algo minucioso. Con un cilindro, por el contrario, se le da una visión casi perfecta, se le pone en las condiciones de todo el mundo; no hay que vacilar.

Si se trata de un astigmatismo débil, de $0^d,25$ á $0^d,50$ á menudo no ha lugar á tenerlo en cuenta; la aposición de un cilindro de este grado en nada puede mejorar la agudeza visual, á veces hasta enturbia la visión, aun cuando la elección del cilindro se ha hecho con el mayor cuidado. Hay, sin embargo, casos en que es necesario hacer llevar á los enfermos cilindros débiles, por ejemplo en las personas habituadas á trabajar constantemente de cerca sobre objetos finos, y en las cuales está indicado disminuir en lo posible toda fatiga de acomodación. Se ha exagerado mucho atribuyendo al astigmatismo un papel preponderante en la etiología de la jaqueca; sería asimismo forjarse vana ilusión, esperar, como se ha hecho, curar la epilepsia haciendo llevar constantemente á los enfermos cristales cilíndricos apropiados. Sin embargo, en las personas cuyos ojos trabajan mucho, cabe atribuir al astigmatismo cefalalgias que desaparecen con el uso de los cilindros, cuando el número de esos cilindros está bien escogido y cuando la dirección de su eje está bien determinada.

Cuando el sujeto está afecto de un astigmatismo mediano de una dioptria á $1^d,50$, parece que la utilidad no puede ofrecer duda y generalmente es así.

Conviene, sin embargo, hacer excepción para ciertos casos en los que, particularmente en los miopes, la aposición de un cilindro en nada mejora la visión; á estos sujetos les va á menudo mejor un cristal puramente esférico, sobre todo cuando ese cristal es de un número intermedio entre la refracción de los dos meridianos principales.

No queremos reproducir aquí la cuestión tan discutida de las contracciones parciales del músculo ciliar. Es, sin embargo, cierto que sujetos en los que se ha diagnosticado con seguridad un astigmatismo de una dioptria, por ejemplo, puede irles mal el empleo de un cilindro de esta fuerza; verán peor que con sus ojos solos ó con cristales puramente esféricos; los objetos les parecerán inclinados, exactamente como un hipermétrope de 2 dioptrias que, acomodando vigorosamente, puede ser trastornado cuando se coloca delante de su ojo un cristal convexo de una dioptria, porque, á pesar de este cristal, continúa acomodando y se encuentra, por consiguiente, miope de una dioptria. Asimismo, un astígmata acostumbrado á servirse de su ojo sin cristal, corrige casi su astigmatismo y ve de un

modo relativamente satisfactorio; si se le pone un cristal cilíndrico, continúa contrayéndose á pesar de ello y entonces sobre todo es cuando parece astígmata.

Es preciso, pues, aquí como en los hipermétropes, cuando los enfermos no han llevado todavía ningún cristal, empezar por un número que los enfermos puedan soportar, y así se llegará, en dos ó tres veces, á formular el cristal que corrige realmente su refracción.

V

Afakia

A.— CONSIDERACIONES GENERALES

La afakia, es decir, la ausencia de cristalino, constituye generalmente una hipermetropía muy fuerte, que se puede remediar mediante cristales. Hay casos, sin embargo, en los que, á consecuencia de la longitud del eje ántero-posterior del ojo y de la refringencia de los otros medios transparentes, un ojo con afakia sólo es ligeramente hipermétrope; hasta hay casos en que es miope, pero éstos son absolutamente raros. Hay afakia, ya por consecuencia de la operación de la extracción de la catarata, ya por efecto de una luxación del cristalino.

El *diagnóstico* de la afakia puede hacerse por la comprobación del grado de refracción del ojo, cuya comprobación da habitualmente un grado de hipermetropía muy elevado, superior al que se puede encontrar en el estado puramente fisiológico.

El diagnóstico se puede hacer también por el examen catóptrico del ojo. Si se coloca una bujía delante de un ojo fisiológico, este ojo dará tres imágenes de la bujía: una derecha, dada por la córnea (espejo convexo); una segunda imagen derecha, dada por la cara anterior del cristalino (espejo convexo), y una tercera imagen, ésta invertida, dada por la cara posterior (cóncava) del cristalino. Si falta el cristalino, no se tiene ni la segunda imagen derecha ni la imagen invertida.

Siendo el cristalino el órgano que permite la adaptación del ojo á las diversas distancias, la acomodación desaparecerá con él. El ojo ya no puede acomodar.

B. — TRATAMIENTO

ELECCIÓN DE LOS CRISTALES

Los que están afectos de afakia, no pudiendo acomodar, deberán usar dos clases de cristales, uno para ver á lo lejos, otro para la visión próxima. Si el cristal corrector de la afakia para los rayos paralelos es de 11 dioptrias, para la visión de cerca será necesario añadir un número de dioptrias en relación con las ocupaciones del sujeto. Si los objetos sobre que trabaja deben hallarse á 33, 25 ó 20 centímetros de sus ojos, será necesario añadir al cristal de 11 dioptrias una fuerza de refracción de 3, 4 ó 5 dioptrias, y por consiguiente dar, para la visión de cerca, cristales de 14, 15 ó 16 dioptrias.

Estas son las cifras habituales en la emmetropía; si se trata de un sujeto anteriormente miope, hay que restar de los números anteriores un número de dioptrias próximamente igual al que representaba su miopia; en el hipermétrope, al contrario, hay que añadir un número de dioptrias próximamente igual al que representaba su hipermetropía.

Para responder á todas sus necesidades, los sujetos operados de catarata deberían usar un cristal diferente para cada una de las distancias á las que pueden tener que mirar. Seguramente esto no es posible, pero se puede remediar en parte este inconveniente alejando más ó menos el cristal de la córnea. En efecto, si para una distancia dada, el cristal no corrige completamente la hipermetropía, si el foco se forma todavía detrás de la retina, llevando más adelante el cristal, se adelantará al mismo triempo el foco de esos rayos hasta hacerlo coincidir con la retina.

En los sujetos privados del cristalino, el centro de similitud de su aparato dióptrico así reducido está exactamente en el centro de corvadura de la córnea, ó sea á 8 milímetros detrás de esta membrana. Si las imágenes retinianas en estas condiciones fuesen suficientemente claras, serían casi iguales como dimensión á las imágenes normales; pero hay que corregir la afakia con una lente que aproxime á la córnea el foco posterior del sistema y su punto nodal. Este punto nodal es transportado hacia delante hasta la vecindad inmediata del vértice de la córnea, en lugar de estar, como en estado fisiológico, á 15 milímetros por delante de la retina. Este transporte hacia delante del segundo punto nodal tiene como consecuencia la ampliación de las imágenes retinianas.

Sobre el eje mismo del sistema, las imágenes son muy claras, pero no ocurre lo mismo sobre los ejes secundarios, porque el centro de similitud no está en el centro de corvadura de la pantalla retiniana y porque el sistema no está exento de la aberración de esfericidad. Separándose demasiado del eje, la visión se hace, pues, confusa. La visión es siempre mala en la periferia del campo visual.

Hay otra causa de inferioridad de la vista después de la operación de la catarata; en el ojo fisiológico, las superficies refringentes que se suceden, son todas más ó menos irregulares ó asimétricas y la regularidad final es generalmente resultado de la compensación de asimetrías opuestas. Así la asimetría de la córnea y la del cristalino son en general de sentido inverso y se compensan en parte. La ablación del cristalino pone en evidencia toda la asimetría primitiva particular de la córnea, asimetría que suele ser aumentada por el traumatismo y por la cicatriz de la queratotomía. Cuando se ensayan cristales en un enfermo que ha sido operado de catarata, es, pues, necesario buscar el astigmatismo y corregirlo todo lo posible.

VI

Anisometropia

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Es raro que los dos ojos de un mismo sujeto presenten una similitud perfecta, pero habitualmente esta diferencia no ocasiona trastornos funcionales. Se dice, por el contrario, que hay anisometropía cuando los dos ojos ofrecen una desigualdad de refracción bastante marcada.

En los casos de anisometropía, puede haber, ya visión binocular á pesar de ello, ya visión alternante con uno y otro ojo sucesivamente, ya visión exclusiva constante con un solo ojo.

La visión binocular puede, en efecto, existir aun con una diferencia bastante marcada en la refracción de los dos ojos, y el enfermo encuentra en ella un beneficio; aun cuando las dos imágenes son bastante desemejantes, los objetos se ven más claramente que con un solo ojo. Sin embargo, cuando un ojo está atacado de un leucoma cuyos bordes reflejan la luz incidente, la imagen de este ojo enturbia generalmente la del otro.

Cuando el estado de la refracción estática es bastante diferente, ocu-

rrirá lo mismo para la visión de cerca: uno de los ojos no podrá adaptarse para la misma distancia que su congénere. En este caso, es el ojo que ve con menos tensión acomodativa el que procura las mejores imágenes y el que sirve para la visión.

Cuando la convergencia aproximada no es posible, uno de los ojos se pone en estrabismo, ya convergente, en el caso de hipermetropía, ya divergente, en el caso de miopia.

En los enfermos que tienen un ojo miope y el otro emmétrope ó hipermétrope, no es raro ver que un ojo sirve para la visión de cerca y el otro para ver los objetos lejanos.

B. — TRATAMIENTO

ELECCIÓN DE LOS CRISTALES

Siempre que la visión binocular es posible, hay que buscar cristales que satisfagan á ella. Se corregirá, primero, el ojo que tiene mejor agudeza, el que tiene generalmente el menor grado de ametropía. Es necesario, además, escoger cristales que den á las imágenes retinianas dimensiones lo más análogas que sea posible. Fuera de estas reglas generales, no caben más que tanteos.

En los casos en que, permaneciendo sano un ojo, el otro ha sido operado de catarata, hay una anisometropía muy considerable, y generalmente no es posible dar á los enfermos una visión binocular muy satisfactoria.

En estos casos se deben dar dos pares de anteojos; los primeros para corregir la ametropía y la presbiopia del ojo sano con un cristal plano para el ojo operado; los segundos para corregir simplemente la afakia del ojo operado y permitir al enfermo leer con sólo este ojo. El primer par servirá para el uso habitual; el segundo par servirá para mantener y mejorar la visión del ojo operado; en efecto, este último funcionará cada vez más si el otro es atacado de una catarata progresiva, y en todos los casos será siempre muy útil para aumentar la extensión del campo visual. Está siempre indicado operar una catarata cuando está madura, cualquiera que sea el estado del otro ojo: primero, porque la operación de una catarata madura desde demasiado tiempo puede no estar exenta de algún peligro; en segundo lugar, porque aun en los casos en que la visión binocular es imposible, los enfermos obtienen siempre gran beneficio de la visión ganada por el ojo operado.

VII

Monturas y cristales de anteojos

A. — MONTURAS

Nos hemos limitado hasta ahora á determinar los cristales que mejor corregían los vicios de la refracción, los que remediaban la presbiopia y que daban la mejor visión para los objetos lejanos y para los objetos próximos. Pero no siempre basta indicar el número de los cristales y delegar en el óptico el cuidado de adaptarlos lo mejor posible á la conformación de la cara del enfermo y á sus gustos. Es á menudo útil entrar en los detalles más materiales en interés del mismo enfermo, y por otra parte no es permitido al médico ignorar detalles que un simple obrero óptico conoce perfectamente. Es, pues, bueno ocuparse de la montura de los cristales de anteojos, de su composición y de su forma.

Las monturas de anteojos comprenden tres partes: los aros que rodean los cristales, el arco ó puente que se apoya sobre la raíz de la nariz y que reune los dos aros, y por último las ramas que van á tomar su punto de apoyo sobre las orejas.

Los aros pueden ser circulares ó elípticos; los cristales circulares convienen sobre todo á los niños que han de llevar anteojos para corregir un estrabismo y que tienen constantemente la tendencia á mirar por fuera de los anteojos. Se emplean también para los cristales de catarata; en efecto, las personas operadas de catarata no tienen en general mucha coquetería, y grandes cristales circulares les son más útiles para la visión periférica.

El puente ó arco sirve para reunir los dos aros y mantener los anteojos sobre la nariz. Su forma debe variar según la forma de la nariz y según la separación de los dos ojos. Es indispensable, en efecto, que el centro de cada cristal corresponda al centro de la pupila de cada ojo. Los cristales cóncavos ó convexos obran como prismas cuando la pupila no está frente á su centro de corvadura; de ello resulta un ligero estrabismo y, como consecuencia, fatiga ocular, dolores de cabeza y una visión más ó menos confusa.

El puente en forma de X conviene á las narices chatas, el puente en forma de K á las narices aguileñas y el puente en forma de C á las narices muy salientes.

Las ramas se articulan en ángulo recto con la parte externa de los aros y aseguran la fijeza de los anteojos. Se separan más ó menos, según la conformación de la región temporal, de modo que no estorben la circulación. Su forma es variable. En las mujeres están constituídas por un solo tallo recto y más ó menos convexo hacia fuera; este tallo se hunde en los cabellos que lo sujetan suficientemente. En el hombre, cada rama está formada de dos partes, de las que una se dobla verticalmente detrás de la oreja. Estas dos partes articuladas pueden tener el inconveniente de coger los cabellos y cortarlos á nivel de su articulación. Por esto se prefiere á menudo en los hombres, y sobre todo en los niños, dar á las ramas la forma de ganchos curvos de concavidad dirigida hacia delante para abrazar la parte posterior de la oreja.

Cuando el arco y las ramas son demasiado delgados, pueden tener el inconveniente de herir la raíz de la nariz, la sien y la parte posterior de la oreja. Es entonces preferible pasar estas partes metálicas por un pequeño tubo de caucho que hace la presión mucho más soportable.

Cualquiera que sea la forma de las monturas, el uso de anteojos disgusta á muchas personas; muchos enfermos creen que esto les envejece; las muchachas ó las señoras jóvenes encuentran que les dan un aire de religiosa ó de institutriz. Los anteojos ofrecen, por otra parte, un inconveniente cuando no deben llevarse constantemente. Cuando se cesa de usarlos, hay que quitarlos, plegarlos, ponerlos en un estuche que se debe llevar siempre en el bolsillo; á menudo es necesario tener en cuenta esas pequeñas molestias, dado sobre todo que ya muchos enfermos aceptan con repugnancia el uso de los cristales. Por eso los lentes son, en general, aceptados con mucha más facilidad.

Los lentes no tienen ramas. El puente está constituído por un resorte que reune los dos aros y los aplica contra las partes laterales de la raíz de la nariz. Teniendo las narices una conformación muy variable, la forma de los lentes debe variar todavía más que la de los anteojos.

En los lentes ordinarios, el puente está formado por un simple resorte curvo de concavidad inferior, que se articula en cada una de sus extremidades con un botón colocado encima de cada aro. Esta forma, relativamente antigua, apenas se emplea hoy día.

En los lentes japoneses, el puente no tiene ya la forma de una simple línea convexa, se encorva en sus extremidades para continuarse con las pequeñas placas colocadas por dentro de cada aro y destinadas á aplicarse sobre las partes laterales de la nariz.

Los lentes de garras no tienen aros alrededor de los cristales, el

puente se fija directamente por sus extremos mediante garras que se hunden en el cristal.

En los lentes de separación variable, los más generalizados en la actualidad, el resorte está fijo, no en la parte superior del aro, sino en su parte inferior é interna. En la parte superior é interna del aro, el resorte pasa por una corredera que permite á los cristales separarse más ó menos uno de otro según la anchura de la nariz.

Los lentes angulares están hechos para las narices cuya raíz es demasiado ancha y demasiado aplanada para poder ser pellizcada por el resorte habitual. El resorte forma con las plaquitas situadas por dentro de los aros un ángulo saliente hacia dentro, de manera que se ejerza la presión muy cerca del ángulo interno de los párpados. Si es necesario, se produce así un pliegue de la piel que impide se deslicen los lentes. Esta forma tiene precisamente por inconveniente plegar la piel, atraer hacia dentro la comisura interna de los párpados y hacer desviar los puntos lagrimales, lo cual puede ocasionar el lagrimeo.

Los lentes americanos, de forma bastante extraña, apenas se emplean entre nosotros; por lo demás sólo pueden tener la ventaja de mantener los cristales más separados uno de otro, en el caso en que la distancia que separa las dos pupilas es bastante considerable.

Los cristales de los lentes son generalmente elípticos; á veces, sin embargo, se emplean cristales redondos reunidos por un simple resorte cóncavo hacia abajo como en los lentes llamados ordinarios.

Los anteojos llamados de mano (ó impertinentes) han visto aumentar su boga sensiblemente en los últimos tiempos, por lo menos entre las mujeres. Son, en efecto, anteojos de lujo bastante incómodos, pero que dan cierto atractivo á las mujeres que saben servirse de ellos. Debiendo tenerse constantemente en la mano, casi no pueden servir para la escritura; apenas se los puede emplear para la lectura; por esto sólo se les suele emplear para ver á distancia y aún durante un tiempo bastante corto. El mango se hace de caucho ó de un metal más ó menos cincelado. En suma, es más bien un dije que un objeto de real utilidad.

Asimismo hablaremos muy poco del monóculo, cuya utilidad es muy discutible. Es redondo ó cuadrado y se coloca delante de un solo ojo donde se sostiene gracias á una contracción de la porción palpebral del músculo orbicular de los párpados.

El monóculo apenas puede estar indicado más que en los casos en que un ojo es completamente amaurótico. En general, hay que buscar en cuanto sea posible la visión binocular, y aun cuando hay entre la agudeza de los dos ojos una diferencia muy grande, es necesario en cuanto se

pueda hacer funcionar el ojo menos bueno para impedir que vaya empeorando.

Todos los modelos de lentes de que hemos hablado hasta aquí tienen un inconveniente común: los cristales están más ó menos separados uno de otro, según la anchura de la nariz del sujeto y según la posición que ocupan á lo largo de esa nariz. Cuando los cristales se separan, los ejes de la elipse que representan se inclinan más ó menos sobre la horizontal; si se trata de cristales esféricos, el hecho no tiene importancia alguna, pero si se trata de cristales cilíndricos ó esferocilíndricos, en los cuales la dirección del eje del cilindro es capital, los enfermos verán de un modo más ó menos claro según la posición de los lentes, y estas variaciones pueden ser origen de trastornos numerosos.

Para los sujetos en los cuales los lentes están absolutamente fijos sobre la nariz, se puede tener en cuenta la inclinación que presentan entonces los cristales y formular en consecuencia el cristal cilíndrico; en todos los casos de astigmatismo es, sin embargo, preferible emplear los lentes correctores. En éstos, los dos aros están reunidos uno á otro por dos tallos rígidos horizontales que resbalan uno sobre otro y se mantienen en contacto por medio de un resorte que permite á los dos cristales separarse ó aproximarse más ó menos según la anchura de la nariz, pero estos cristales se mueven paralelamente á sí mismos sin inclinarse nunca uno sobre otro.

De esta ventaja resulta para los lentes correctores el inconveniente de no poder plegarse y ponerse en el bolsillo tan fácilmente como los lentes ordinarios. Los lentes correctores son, sin embargo, indispensables para todos los astígmatas que no pueden resignarse á llevar anteojos y prefieren los lentes.

La *montura* de los anteojos debe hacerse de un cuerpo bastante duro para no deformarse y bastante ligero para no fatigar por su peso. Las materias empleadas son el hierro dulce, el acero, la plata, el oro, el asta de búfalo y la concha.

El hierro dulce es muy malo, porque el arco y las ramas se deforman muy fácilmente. De ello resulta una posición viciosa de los cristales, que puede fatigar mucho la vista.

El acero templado es el metal más cómodo y el más frecuentemente empleado. Puede oxidarse y hacerse quebradizo; pero cuando está niquelado, como se hace generalmente hoy día, escapa fácilmente á esta causa de alteración. Estas monturas son ligeras, cómodas, muy limpias y merecen la preferencia que en general se las concede.

Las monturas de plata y de oro son muy ligeras, muy limpias, inalterables, son muy cómodas, pero su precio es forzosamente muy elevado; son objetos de lujo mucho menos usados en Francia que en algunos países vecinos.

Es bueno que las monturas de metal no sean demasiado brillantes, para no fatigar por la reflexión de la luz, por lo menos en los casos en que, siendo los cristales demasiado pequeños, una parte de la luz puede penetrar en el ojo después de haberse reflejado sobre los aros.

La montura de búfalo da un aspecto demasiado lúgubre, que la ha hecho desechar. En cuanto á la montura de concha, es muy ligera, muy suave y no produce la irritación que ocasiona á veces el acero en las personas nerviosas, pero es forzosamente bastante voluminosa y da un aire aviejado, que hace se extienda muy poco su empleo.

B. — CRISTALES

Los cristales difieren por su forma, por su composición y por su color.

El cristal plano transparente se emplea delante de un ojo normal ó al contrario completamente amaurótico, cuando el otro ojo está provisto de un cristal que corrige su refracción. En ciertos casos, los anteojos llevan dos cristales planos cuando se trata de protegerse contra el viento, el polvo ó el choque de cuerpos extraños.

En los casos de diplopia causada por una parálisis muscular, se coloca un vidrio plano deslustrado delante del ojo paralizado, cuando el otro ojo está provisto de un cristal transparente.

En estos mismos casos de parálisis muscular y en los casos de estrabismo, se emplean á veces cristales planos deslustrados en una mitad solamente de su extensión con la esperanza de obligar al ojo enfermo á desviarse hacia un lado ó al otro y hacer así funcionar el músculo demasiado débil. Pero estos cristales pueden producir un efecto contrario al que se busca; por esto están generalmente abandonados con razón.

C. — COMPOSICIÓN DE LOS CRISTALES

Las lentes están hechas con vidrio, *flint-glass*, *crown glass* ó cristal de roca.

El *vidrio simple* es un silicato doble de sosa y de cal; las lentes se

hacen fundiendo el vidrio en moldes; son baratas, pero todas de mala calidad.

El *flint-glass* es un silicato de potasa y de plomo. Estos cristales son muy duros y difíciles de rayar, pero son muy pesados á causa del plomo que contienen; poseen un gran poder de difusión y descomponen fuertemente la luz; por esto son ordinariamente desechados.

El *crown glass* es un silicato de potasa y de cal; es á la vez más duro y más ligero que el *flint-glass*. Se aumenta su limpidez añadiendo un poco de ácido bórico; es la mejor materia para la confección de cristales de anteojos.

En efecto, el *cristal de roca,* el cuarzo hialino, tan ensalzado, tiene la ventaja de ser muy duro y de no ser rayado, pero tiene el inconveniente de poseer la propiedad de la doble refracción; por cada rayo incidente, da nacimiento á dos rayos refractados, es decir, que, cuando tiene cierto espesor, hace ver los objetos dobles; se puede, sin embargo, evitar esa doble refracción tallando perpendicularmente al eje del cristal el trozo destinado á hacer la lente. Estos cristales son muy costosos y en suma no valen más que los de *crown glass,* que deben ser los cristales de elección.

Tienen, sin embargo, la ventaja de no empañarse. Cuando saliendo de un aire frío se pasa bruscamente á una sala calentada, los cristales ordinarios se cubren de una capa de vapor de agua, que impide completamente la visión durante algunos segundos, lo cual puede tener grandes inconvenientes en los sujetos que, sin sus cristales, no pueden ver á alguna distancia. Esta es, por otra parte, la mayor ventaja que el cristal de roca puede presentar.

D. — CONSERVAS. — CRISTALES COLOREADOS

Las conservas son cristales coloreados y sin foco destinados, no á hacer ver mejor, sino á impedir la introducción de una cantidad demasiado grande de rayos luminosos, de rayos caloríficos ó de rayos químicos.

Los colores del espectro solar descompuesto por el prisma son, por el orden de su refringencia, el violado, el añil, el azul, el verde, el amarillo el anaranjado y el rojo. Los rayos amarillos son los más luminosos; este poder luminoso disminuye aproximándose al rojo por una parte, y sobre todo al azul y al violado por otra. Se ve muy bien á través de los cristales amarillos, en tanto que la visibilidad de los objetos es fuertemente atenuada cuando se mira á través de cristales rojos y sobre todo de cristales azules ó violados.

Siendo el azul muy refringente, los cristales azules son difícilmente aceptados por los miopes, en los cuales la refringencia es ya demasiado considerable; son, al contrario, bien aceptados por los hipermétropes.

Los rayos caloríficos del espectro tienen su máximum al extremo de los rayos rojos y su mínimum en los rayos violados. Los rayos químicos, al contrario, se encuentran sobre todo en el violado y en el ultraviolado.

Con estos datos, veamos los cristales coloreados por el orden de los colores del espectro.

Los *cristales violados,* hechos con peróxido de manganeso y nitrato de potasa, absorben los rayos medios del espectro y no dejan pasar más que los rayos extremos rojos y violados, los menos luminosos. Serían, pues, muy útiles para poner el ojo al abrigo de la luz, pero tienen el grave inconveniente de dejar pasar demasiado número de rayos químicos.

Los *cristales azules* están hechos con el bióxido de cobre ó el óxido de cobalto; estos últimos son los mejores. Los cristales azules dejan pasar pocos rayos caloríficos y rayos químicos; ponen al ojo en condiciones de un alumbrado moderado y son útiles en el caso de fotofobia.

Bastante á menudo se da á los cristales correctores de los miopes y de los hipermétropes una coloración azul; hay que evitar fabricarlos con cristales de color, porque entonces, con la diferencia de espesor, la coloración es muy diversamente repartida. Es preferible emplear una lente plano-convexa ó plano-cóncava y pegar un cristal coloreado sobre la superficie plana.

Los *cristales verdes* son fabricados de diferentes maneras, con el óxido de cromo, con el vidrio de antimonio mezclado con óxido de cobalto, con el bióxido de cobre mezclado con óxido de urano. Los cristales á base de urano tienen la ventaja de absorber los rayos químicos y los rayos caloríficos; se los puede, pues, utilizar para la permanencia en los sitios alumbrados por la luz eléctrica, luz que contiene muchos rayos violados y químicos. El vidrio de urano, absorbiendo los rayos caloríficos, encontrará su empleo en los sujetos expuestos á una alta temperatura, como en los altos hornos ó en los países cálidos.

Los *cristales amarillos*, á base de cloruro de plata ó de óxido de urano, dejan pasar sobre todo los rayos amarillos, que son los más luminosos; dan la sensación de una luz viva.

Los *cristales rojos*, á base de protóxido de cobre, no dejan pasar más que los rayos rojos. Dejan pasar muchos rayos caloríficos, que son absorbidos por la córnea; son, pues, perjudiciales desde este punto de vista. Su única utilidad real se halla en el daltonismo para el rojo y el verde. En efecto, aumentan el brillo de los objetos coloreados en rojo y,

al contrario, hacen parecer más obscuros los objetos coloreados de verde; pueden, pues, evitar equivocaciones.

A todos esos cristales habrá que preferir, en la mayoría de los casos, los *cristales ahumados* ó de tinte neutro, á base de óxido de hierro, de cobre y de cobalto; estos cristales rebajan todos los tintes, atenúan todas las luces, sin cambiar el color de los objetos y sin dar origen á colores complementarios. Son, pues, preferibles á todos los demás, en los casos en que se trata de atenuar la luz del sol ó el brillo de la nieve; pero en los casos en que se trata menos de atenuar la luz que de modificar la calidad de los rayos que penetran en el ojo, los cristales coloreados de que hemos hablado antes pueden prestar muy grandes servicios.

Cuando se trata de disminuir la cantidad de luz que llega al ojo, en lugar de cristales planos, es preferible usar cristales en forma de concha, que abarcan el ojo y lo resguardan mejor. Se pueden guarnecer las partes laterales de la montura con ayuda de unas pinzas de crespón, que ponen el ojo completamente al abrigo. Se pueden emplear igualmente cristales planos rodeados de una concha de fina tela metálica, como en los anteojos de los mecánicos y fogoneros de las locomotoras.

Los cristales conchas ahumados son muy á menudo de mala calidad. Siendo simplemente fundidos, no tienen un espesor uniforme y ofrecen una refracción generalmente divergente, fatigosa sobre todo para los hipermétropes. Es, pues, necesario asegurarse de la calidad de estos cristales y, si es necesario, prescribir cristales tallados.

CAPITULO XVIII

TRATAMIENTO DEL GLAUCOMA

POR

A. CHEVALLEREAU

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

A. — RESUMEN SINTOMÁTICO

El glaucoma es una de las afecciones más graves del ojo, una de aquellas sobre las cuales tiene más acción la terapéutica y para las que importa sobre todo hacer un diagnóstico precoz.

Pero, ante todo, ¿qué es el glaucoma? Ninguna enfermedad ha dado lugar á más hipótesis y más discusiones teóricas; no enumeraremos siquiera las numerosas opiniones que se han formulado acerca de su patogenia y nos contentaremos con presentar sus principales síntomas.

El glaucoma puede ser agudo, subagudo y crónico.

Un enfermo se presenta con un ojo rojo, la inyección perikerática es muy viva y disminuye á medida que se aleja del borde de la córnea; pero más allá la esclerótica está surcada de vasos dilatados y sinuosos que demuestran el trastorno de la tensión intraocular. La córnea es algo mate, ofrece un aspecto deslustrado. La pupila está dilatada, sobre todo hacia la parte superior, es decir que el iris es más ancho por abajo que por arriba; el iris es además más obscuro, menos brillante, color asemejando á la hoja muerta. Si se palpa el ojo con los índices, obrando como si se quisiera ver la consistencia de un tumor ó la fluctuación de un absceso, se comprueba que la tensión intraocular es superior á la normal; el ojo es á veces duro como una bola de mármol. Se distinguen por esta notación

T +, T + 1, T + 2, T + 3, los diversos grados de dureza por los que puede pasar el globo del ojo.

Si se trata de practicar el examen oftalmoscópico, este examen es muy difícil ó imposible á causa del enturbiamiento de los medios transparentes que oculta más ó menos el fondo del ojo. No se distingue la papila ó bien se distinguen vagamente sus contornos, sin poder obtener informe alguno sobre las lesiones de que podría estar afecta.

Otro signo objetivo es la anestesia de la córnea, que se comprueba pasando ligeramente sobre esta membrana el extremo adelgazado de un trozo de papel.

Cuando se está en presencia de este conjunto de síntomas objetivos, se puede, aun sin interrogar al enfermo, afirmar la existencia de un acceso de glaucoma agudo; pero hay además síntomas subjetivos igualmente característicos.

Los enfermos se quejan de un dolor muy vivo, que provoca á veces náuseas y hasta vómitos. Este dolor ha estallado al mismo tiempo que el ojo se ponía rojo y que la vista disminuía; existe en el globo, pero también en todo el contorno de la cavidad orbitaria, donde es á menudo más vivo que en el ojo mismo, y en toda la mitad correspondiente de la cabeza hasta la región occipital.

La debilitación de la visión es de una intensidad variable. A veces es una simple niebla que permite distinguir los contornos de los objetos y hasta leer letras bastante gruesas, pero á veces la ceguera es absoluta y los enfermos no ven siquiera la llama de una lámpara fuerte colocada á algunos centímetros delante de ellos.

En el caso en que la visión no está completamente abolida, se debe tratar de deslindar el campo visual. Un medio rápido y suficientemente exacto, en tal caso, es éste: se cierra el ojo sano haciendo aplicar sobre él la palma de la mano del enfermo; el ojo observado debe mirar constantemente el ojo derecho del observador sin abandonar esta dirección para desviarse á uno ú otro lado; luego, paseando la mano de fuera á dentro con relación á la línea que reune el ojo del sujeto y el del observador, se pregunta al enfermo cuándo empieza á ver los dedos; agitándolos ó teniéndolos inmóviles, se le pregunta si distingue ó no movimientos para asegurarse bien del punto donde empieza á ver. Se traza así rápidamente, y de un modo bastante preciso, la línea que limita el campo visual. En estado normal, este campo visual se extiende á 75° por fuera, á 60° por dentro, á 50° por arriba y á 65° por abajo. El campo visual se extiende menos por dentro y por arriba á causa de la eminencia formada por la raíz de la nariz y por el arco superciliar; pero, en el glaucoma, el campo

visual está notablemente estrechado por dentro en su parte nasal. Esta estrechez puede ser poco marcada cuando el glaucoma es poco intenso, pero es á menudo bastante pronunciada para hacer desaparecer toda la mitad nasal del campo visual y aún más, y en los casos de glaucoma muy acentuado puede suceder que no haya percepción luminosa más que en la parte externa de la región temporal.

Cuando la debilitación de la visión es tal, que los enfermos no distinguen la mano, se mide el campo visual paseando la llama de una bujía ó la de una lámpara, y algunas veces, sólo cuando se coloca la lámpara completamente hacia fuera, se dan cuenta los enfermos de que tienen una luz á su lado.

La estrechez del campo visual en su porción nasal no falta sino en casos extremadamente raros de glaucoma agudo; es tan constante, que se le puede considerar como patognomónico.

Fuera de estos fenómenos locales, puede haber síntomas generales; algunos enfermos tienen fiebre y náuseas, que pueden llegar hasta el vómito. La falta de apetito y la falta de sueño son el resultado de los dolores que soportan.

Los enfermos no siempre presentan fenómenos tan claros como los del cuadro que acabamos de trazar; es, por otra parte, muy raro, que el glaucoma empiece desde luego por fenómenos tan agudos, y cuando se interroga con cuidado á los enfermos, se averigua que ya han tenido varias veces, y desde más ó menos tiempo, síntomas de *glaucoma subagudo*.

Un enfermo sufre en un momento cualquiera del día un trastorno de la visión constituído por una niebla á veces muy ligera, como un simple vapor, otras veces más ó menos intensa, que pasa ante sus ojos y dura un tiempo variable, algunos segundos, algunos minutos, una hora, varias horas. Durante este tiempo las luces le parecen rodeadas de una especie de halo ó círculo rojo, de coronas luminosas constituídas por todos los colores del arco iris, y esos colores están dispuestos en el mismo orden que en el espectro solar, estando colocado el color violado más cerca de la luz; luego el azul, el verde, el amarillo y el rojo, apartándose de la luz. Estos colores no se distinguen todos con igual claridad, pero están siempre en el mismo orden.

Al mismo tiempo el ojo se pone un poco rojo y el enfermo se queja de dolores bajo la forma de neuralgias periorbitarias. A veces esos dolores son el único fenómeno que aquejan los enfermos, porque el dolor les hace cerrar los ojos, lo cual les pone en la imposibilidad de ver las coronas luminosas, y por otra parte la rubicundez de los ojos les parece un fenómeno común que á menudo ni siquiera notan.

Estos accesos de glaucoma premonitorio van acompañados siempre, sin embargo, de una debilitación de la visión, que puede ser sólo pasajera, pero ordinariamente deja huellas y á cada nueva crisis disminuye un poco.

Hay una tercera forma de glaucoma que, no sin razón, ha sido vivamente discutida, es el *glaucoma crónico* simple, que se puede ó no hacer entrar en el cuadro del glaucoma.

Un enfermo ve disminuir su vista poco á poco, y esto en los dos ojos con predominio en un lado. Nunca hay dolor, nunca fenómeno alguno inflamatorio, ninguna rubicundez por consiguiente. La tensión intraocular es variable, á veces aumentada, á menudo normal; pero los enfermos ven por la noche coronas alrededor de las luces, el campo visual se estrecha por el lado nasal. Al examen oftalmoscópico se encuentran los medios transparentes, pero la papila está pálida, claramente excavada y los vasos forman en sus bordes, pasando sobre la retina, ganchos característicos.

Los fenómenos que acabamos de describir en el glaucoma agudo ó subagudo, se deben, sobre todo, á la compresión de los nervios ciliares por el aumento de la tensión intraocular; esta compresión de los nervios ciliares es lo que ocasiona la parálisis de la acomodación, la dilatación de la pupila, la anestesia y el enturbiamiento de la córnea y los dolores periorbitarios. También á causa del aumento de la presión intraocular la conjuntiva bulbar está surcada de venas tortuosas, dilatadas, que no pueden verterse en las venas ciliares anteriores.

También se deben al aumento de la presión intraocular las pulsaciones de las arterias retinianas y la excavación del nervio óptico.

Estas pulsaciones se manifiestan, sobre todo, en la arteria central, á nivel de su punto de emergencia. Este signo no tiene gran importancia, porque con una presión suficiente se le puede observar en todos los ojos aún sanos; lo que tiene de particular en el glaucoma es que ahí se manifiesta espontáneamente ó con una presión muy ligera sobre el globo; pero aun en este caso no es patognomónico, porque se le puede observar en ciertas afecciones del corazón ó de los grandes vasos.

La arteria distendida por la influencia del sístole cardíaco se vacia, por el contrario, durante el diástole á causa de la tensión intraocular, de lo que derivan esas alternativas de dilatación y aplastamiento.

La papila óptica es rechazada hacia atrás por el hecho del aumento de la presión intraocular; en efecto, la papila es el punto en que las cubiertas ó envolturas del ojo presentan la menor resistencia; también la lámina cribosa es rechazada hacia atrás, de lo que deriva la excavación de la papila. Es muy característico el aspecto de esta excavación; el fondo es más ancho que el orificio y los bordes son tallados á pico. También los

vasos que salen del nervio óptico se incurvan de un modo muy pronunciado cuando llegan al borde de la excavación para caminar en seguida por la retina; en los casos muy acentuados forman verdaderos ganchos, pareciendo interrumpidos porque una parte de su trayecto es invisible, correspondiente á la parte del fondo que está tapado por los bordes del orificio.

Se comprueba la diferencia de nivel entre los bordes y el fondo de la papila, imprimiendo á la lente movimientos paralácticos, esto es, cambiándola paralelamente á sí misma. Los vasos sufren dislocaciones tanto más considerables, cuanto más superficiales sean, y la diferencia en la rapidez de la circulación entre los vasos situados en el fondo y los situados en los bordes de la excavación, demuestra precisamente la profundidad de esta misma.

Las arterias están adelgazadas por la compresión que sufren á su salida del nervio óptico, estando, por el contrario, dilatadas las venas. En la misma papila se distinguen claramente los haces que forman la lámina cribosa. Se distingue igualmente el anillo blanquecino que rodea los bordes de la excavación, y que es debido á la atrofia de la coroides en el contorno del nervio óptico.

En el glaucoma absoluto, los fenómenos pueden continuar su curso hasta después de la completa abolición de la visión. La córnea se pone opaca y á veces se ulcera; el iris se atrofia, se decolora, y por la dilatación de la pupila se reduce á un anillo estrecho. El cristalino se hincha y vuelve opaco. Sobrevienen de vez en cuando hemorragias en la cámara anterior, en el cuerpo vítreo y en las membranas profundas, hemorragias que todavía aumentan la tensión intraocular.

La esclerótica, de color grisáceo, puede llegar á ceder y acabar por formarse estafilomas en las partes anteriores del globo del ojo.

O bien el ojo permanece indefinidamente en este estado, duro, sin brillo, y la conjuntiva surcada de gruesas venas dilatadas y tortuosas, ó bien se atrofia lentamente, sin otro fenómeno ó consecutivamente á un desprendimiento de la retina. Otras veces, por el contrario, la mayoría de estos fenómenos se modifican y el glaucoma pasa al estado crónico.

Una forma grave de glaucoma es la llamada hemorrágica, que se observa en los individuos de alguna edad y arteriosclerósicos. Los enfermos acuden á la consulta primero por las hemorragias que se presentan en las capas superficiales de la retina en la región del polo posterior, invadiendo algunas veces el cuerpo vítreo. El tonus es entonces normal, el campo visual está conservado y nada se observa por parte de la papila; no hay rubicundez de la conjuntiva, ni dolores, ni visión coloreada; en

fin, nada hace pensar en la existencia del glaucoma; pero al cabo de dos á seis semanas cambia la escena, el enfermo es presa de muy vivos dolores, el ojo se pone muy duro y se pierde pronto la vista.

Esta palabra glaucoma abarca ó comprende afecciones distintas, habiendo entre ellas un solo lazo de unión: el aumento de la tensión intraocular y los trastornos tróficos del ojo que son su consecuencia. Al lado del glaucoma primitivo del que hasta aquí hemos hablado, hay que colocar el glaucoma secundario, muchas veces causado por una iritis antigua, que ha producido una sinequia posterior total, interceptando toda comunicación entre la cámara anterior del ojo y las partes situadas por detrás del iris.

B.—DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del glaucoma es en general fácil, y sin embargo, puede dar lugar á numerosas equivocaciones muy desagradables que brevemente indicaremos.

Un acceso de glaucoma agudo con rubicundez de la conjuntiva puede ser considerado por un médico no prevenido como una conjuntivitis simple ó una iritis. En el primer caso, el médico prescribe á menudo un colirio metálico con sulfato de cinc ó nitrato de plata, que tiene el inconveniente primero de aumentar muy notablemente el dolor, y después de no aportar ningún alivio á una situación que se hace cada vez más grave por el mismo hecho de su duración. En el segundo caso, si cree que se trata de una iritis, el médico prescribirá un colirio de atropina, y en este caso el error tiene las más funestas consecuencias: el colirio de atropina dilata la pupila, aumenta la tensión intraocular y ocasiona rápidamente trastornos irreparables. Se ve, pues, hasta qué punto, por lo que se refiere al tratamiento, importa hacer un diagnóstico exacto.

En el caso de glaucoma subagudo, hay otra causa de error que puede ser igualmente grave. Las neuralgias periorbitarias pueden ser el principal síntoma del glaucoma; los enfermos cierran los ojos por el dolor que experimentan, no se aperciben ni de la rubicundez de la conjuntiva ni del trastorno de la vista; se trata entonces estas neuralgias por cualquier medicamento sin preocuparse del glaucoma, que tiempo tendrá para desorganizar el ojo antes que se haya podido reconocer el error de diagnóstico.

En los casos de glaucoma crónico simple sin ningún fenómeno inflamatorio, dos son sobre todo los errores posibles: puede pensarse en una atrofia simple de la papila ó en una catarata.

Es muy fácil confundir un glaucoma crónico simple con una atrofia de

la papila cuando este glaucoma no ocasiona, como sucede á menudo, ningún dolor ni aumento de la tensión intraocular y ninguna reducción del campo visual. En los dos casos, disminuye la vista progresivamente y la papila se atrofia. También en los dos casos la papila está excavada, mas esto es lo que principalmente sirve de guía para el diagnóstico. En la excavación atrófica, la depresión tiene la forma de un embudo cuyo vértice corresponde al punto de emergencia de la arteria central de la retina y la base al contorno de la papila. Los vasos pasan del nervio sobre la retina sin hacer ningún gancho. Por el contrario, en el glaucoma, la papila queda plana, pero está como rechazada hacia atrás á un plano posterior al de la retina, de modo que los vasos, para pasar de la papila á la retina tienen que incurvarse formando un gancho, y hasta una parte de su trayecto resulta invisible en el borde de la abertura papilar.

No es raro tampoco tomar equivocadamente un glaucoma crónico por una catarata en vías de evolución: la vista va poco á poco menguando y la pupila adquiere un aspecto gris verdoso por el hecho de la esclerosis del cristalino, que permanece transparente; y esto basta para que un médico, sin intentar practicar ningún examen oftalmoscópico, diagnostique una catarata y exhorte al enfermo á sufrir con paciencia hasta el día en que estando completamente abolida la visión, podrá practicársele la operación de la catarata. Se comprende que no hay entonces ningún remedio que pueda aplicarse para la curación de este estado.

C. — PRONÓSTICO

El glaucoma es una de las afecciones oculares cuyo pronóstico es más grave; cuando esta afección se abandona á sí misma, la ceguera absoluta es de ordinario la consecuencia.

El glaucoma agudo puede rápidamente ocasionar una pérdida absoluta de la visión. La ceguera puede también ser la consecuencia de la primera crisis verdaderamente aguda: es el glaucoma fulminante. Si el enfermo no ha sido objeto de ningún tratamiento médico ó quirúrgico, la córnea se vuelve opaca, sin brillo y adquiere el aspecto de un vidrio deslustrado, la pupila se dilata al máximum y el iris no forma más que una pequeña faja muy estrecha, llegando hasta desaparecer bajo el limbo esclerocorneal; el cristalino se torna opaco y es rechazado hacia delante por la presión intraocular y queda completamente cercado por la pupila. Nos guardaremos muy mucho de tocar esta catarata, cuya extracción no ocasionaría más que desastres.

El glaucoma era considerado en otros tiempos como una enfermedad incurable y que fatalmente conducía á la ceguera absoluta; lo que no resulta cierto desde el empleo de la iridectomía. Esta operación, bien practicada y á tiempo, con prontitud, en el glaucoma agudo, puede determinar una curación completa y el retorno de la visión á su anterior estado. Desgraciadamente dista mucho de ser siempre así en todos los casos; con frecuencia la visión queda en el mismo estado en que se encontraba en el momento de la operación, y á veces, á pesar de todo, la afección continúa evolucionando, adquiriendo un curso crónico.

En el glaucoma crónico, la afección es aún más grave, puesto que la acción del tratamiento es muy limitada y restringida, y por lento que sea su curso, termina generalmente por la ceguera.

II

Tratamiento

Nos hemos esforzado en evitar toda discusión teórica; pues hasta ni tampoco hemos mencionado las numerosas opiniones que se han formulado acerca de la patogenia del glaucoma. No obstante, para el tratamiento es necesario decir algunas palabras sobre esta patogenia.

Lo que de un modo absoluto domina en el glaucoma son los trastornos de la circulación intraocular. La arteriosclerosis es un hecho casi constante. Por otra parte, la pupila, fuertemente dilatada, constituye un obstáculo á la circulación en lo que se llama el conducto de Schlemm y el canal de Fontana, que sirven para la reabsorción de los líquidos derramados en la cámara anterior. El conducto de Fontana está situado en el mismo espesor de la gran circunferencia del iris; es más bien un espacio anular reticulado que contiene líquido en sus mallas, que un verdadero canal. Está situado superficialmente en la capa anterior del iris, separado del humor acuoso sólo por el epitelio. El conducto de Schlemm está situado en el mismo espesor de la esclerótica; es una simple hendidura que no está tapizada por epitelio. A propósito del tratamiento operatorio, ya veremos la utilidad de estas ligeras nociones.

A. — TRATAMIENTO GENERAL

El tratamiento del glaucoma ha de ser general y local. El general, frecuentemente descuidado por desgracia, sólo puede aplicarse en realidad

en los casos de glaucoma subagudo y crónico; en los casos de glaucoma agudo es necesario tratarlo cuanto antes y practicar una operación.

El tratamiento general ha de modificar las condiciones ordinarias de producción del glaucoma. Los enfermos son frecuentemente artríticos con arteriosclerosis, ó gotosos; por tanto, se prescribirá el *yoduro de potasio* ó de *sodio* á débil dosis y durante mucho tiempo. Este medicamento sólo podrá emplearse cuando ya no exista por parte de la conjuntiva ó de la córnea ningún fenómeno inflamatorio; en efecto, sabido es que el yoduro al interior se elimina después por las mucosas congestionándolas, sobre todo por la mucosa conjuntival; por tanto, nos abstendremos de administrar el yoduro siempre que exista conjuntivitis ó inyección periquerática.

El *salicilato de sosa* está igualmente indicado, pero no á altas dosis como cuando se trata de yugular rápidamente los accidentes muy dolorosos. Bastará dar 2 gramos al día en dos obleas tomadas antes de cada una de las dos comidas y se seguirán tomando durante unos quince días ó tres semanas, interrumpiendo entonces el tratamiento para seguirlo de nuevo si es necesario.

La *colquicina*, á la dosis de 1, 2 ó 3 miligramos al día, determina igualmente una sedación bastante rápida de los fenómenos congestivos y la cesación del dolor; muchas veces nos vemos obligados á moderar su empleo á causa de la intensa diarrea que este medicamento puede ocasionar; mas cuando dicha diarrea no es muy pronunciada, esta revulsión intestinal es muy saludable y, en todo caso, siempre será bueno vigilar la regularidad en las deyecciones.

B. — TRATAMIENTO LOCAL

1.° Tratamiento médico

El tratamiento local es médico y quirúrgico. El médico consiste en el empleo de colirios mióticos, cuyo fin es hacer contraer la pupila y disminuir la tensión intraocular. Las substancias mióticas comúnmente empleadas son el *nitrato* y el *clorhidrato de pilocarpina* y el *sulfato neutro* ó el *salicilato de eserina*. El colirio á base de pilocarpina puede formularse de la siguiente manera:

Clorhidrato de pilocarpina	0 gr. 05
Agua destilada.	10 gramos

Disuélvase. — Dos gotas en el ojo enfermo, tres, cuatro ó cinco veces al día.

El colirio á base de eserina se da en las mismas proporciones:

Sulfato neutro de eserina.	0 gr. 05
Agua destilada	10 gramos

Disuélvase.

El colirio de pilocarpina es y queda incoloro; en cambio el de eserina, incoloro al principio, toma, al cabo de tres ó cuatro días, un tinte rosáceo que hasta puede llegar á ser de un rojo bastante intenso debido á la formación de rubreserina. Bueno es estar prevenido por este cambio de coloración, que, por otra parte, no altera en nada las propiedades del colirio.

La eserina puede también prescribirse á dosis mucho más pequeñas, 1 ó 2 centigramos por 10 gramos de agua destilada; muchas veces resulta beneficioso asociar estas dos substancias y, por ejemplo, formularlo de este modo:

Clorhidrato de pilocarpina.	0 gr. 05
Sulfato neutro de eserina	0 gr. 02
Agua destilada.	10 gramos

Disuélvase. — Dos gotas en el ojo, tres veces al día.

El colirio de pilocarpina, á la dosis anteriormente mencionada, provoca una muy ligera sensación de escozor y algo de inyección de la conjuntiva. El colirio de eserina es, por el contrario, verdaderamente doloroso en la mayoría de los enfermos; produce una rubicundez bastante intensa de la conjuntiva y dolores en el globo del ojo que semejan verdaderos calambres; estos dolores, con frecuencia muy desagradables, se extienden igualmente por la región periorbitaria y se parecen mucho á los provocados por el mismo glaucoma.

El colirio de eserina tiene una acción más intensa que el de pilocarpina; sólo tiene el inconveniente de ser más doloroso; es verdad también que el colirio de pilocarpina más concentrado ($0^{gr},10$ de clorhidrato de pilocarpina por 10 gramos de agua) produce poco más ó menos los mismos efectos.

El efecto producido por estos colirios demuestra bien rápidamente los éxitos que de su empleo pueden esperarse. Si la pupila, dilatada por el glaucoma, se contrae bajo la influencia del colirio tornándose pequeña y regular, es probable que por este medio se calme el acceso del glaucoma y pueda evitarse toda operación. Por el contrario, cuando la pupila permanece dilatada ó cuando se contrae muy poco y de un modo pasajero para volver á sus dimensiones anteriores dos horas después que se ha aplicado el colirio, será indispensable practicar una operación.

2.° Tratamiento quirúrgico

¿En qué consistirá esta operación? Dos son los procedimientos ó métodos operatorios que generalmente se emplean: la esclerotomía ó la iridectomía; más raras veces se practica la oftalmotomía posterior (Parinaud) y la incisión del tejido del ángulo iridiano.

Para practicar la *esclerotomía* basta como instrumental un cuchillete de Græfe; se introduce la punta del cuchillo con el corte dirigido hacia arriba en el limbo esclerocorneal, á unos 3 milímetros por encima del meridiano transversal, de modo que la punta del cuchillete, llegada hasta la cámara anterior, pase rasando la cara anterior del iris; con el cuchillo colocado transversalmente y rasando siempre la cara anterior del iris, se practica la contrapunción en un punto simétrico de la punción en relación al meridiano vertical; en el sitio de la punción y de la contrapunción, la penetración del humor acuoso debajo de la conjuntiva, forma una prominencia ó elevación cistoidea de dicha membrana. Por medio de algunos movimientos de sierra se agrandan los dos agujeros ó puntos de entrada y salida, reduciéndose el espacio ó intervalo que los separa, pero sin seccionar por completo la porción de tejido comprendido entre ellos; después se retira bruscamente el cuchillo dejando que fluya el humor acuoso, pero procurando que el iris no venga á engastarse ó introducirse por una de las heridas. Si así sucediera, se cuidará de reducirlo lo mejor posible con la extremidad de la espátula.

El ideal ú objeto de esta operación es producir á nivel de la punción y de la contrapunción una cicatriz cistoidea, donde constantemente se verifica una filtración que se opondría al aumento de la tensión intraocular; mas este resultado sólo se obtiene raras veces, y la operación comúnmente no sirve más que para producir una doble punción disminuyendo la tensión intraocular por el hecho del flujo ó salida del humor acuoso, efecto que sólo dura hasta la cicatrización de las heridas. Esto á veces basta, pero, en general, conviene repetir la operación, lo que, por otra parte, se practica con bastante facilidad.

Para que el efecto sea más duradero, se añadirá una variante á este procedimiento: en vez de retirar bruscamente el cuchillo después de la contrapunción, se introduce de nuevo la punta del cuchillo en la cámara anterior; después, pasando esta punta por todo lo largo del ángulo iridocorneal, en el espacio comprendido entre las dos heridas, se secciona la esclerótica en poco más ó menos la mitad de su espesor ó primero se sec-

ciona de este modo la pared anterior del conducto de Fontana con el fin de que comunique ampliamente el conducto con la cámara anterior. Este método ó procedimiento es difícil de practicar correctamente, y en general se secciona demasiado ó demasiado poco, y es muy fácil herir el iris.

De Vincentiis, de Nápoles, ha propuesto recientemente, para conseguir el mismo resultado, un procedimiento operatorio más sencillo y eficaz que denomina *incisión del tejido del ángulo iridiano*. Se practica esta operación con un pequeño cuchillete en forma de hoz, puntiagudo en su extremidad y cortante por la parte convexa. La parte inmediata á la punta es la única cortante y está unida al mango por un tallo cilíndrico, cuyo calibre equivale poco más ó menos al de la porción cortante. Se punciona la esclerótica á nivel del limbo, y luego se introduce la aguja en hoz hasta la periferia de la cámara anterior en un punto diametralmente opuesto al de la punción. No se practica la contrapunción, pero se hace penetrar la punta del instrumento en el tejido del ángulo iridiano, y después de haberle impreso un ligero movimiento de rotación alrededor de su eje de modo que su borde cortante sea colocado perpendicularmente á la esclerótica, se incinde, retirando el instrumento, el tejido de dicho ángulo iridiano. El objeto es incindir de este modo, no la esclerótica, sino solamente las fibras situadas en su parte interna, esto es, el ligamento pectíneo, y si la membrana fibrosa es á la vez seccionada superficialmente en varios puntos, no es esto el fin ú objeto deseado. La incisión del tejido del ángulo iridiano tiene por objeto abrir ampliamente el conducto de Fontana y proporcionar á este conducto el retorno de su función fisiológica, que consiste en reabsorber los líquidos derramados en la cámara anterior y oponerse al aumento de la tensión intraocular.

Se ha intentado practicar esta operación con el cuchillo de catarata, pero resulta peligroso, puesto que haciendo describir á la punta del instrumento un semicírculo para cortar el tejido del ángulo iridiano, el borde cortante aumenta siempre la extensión de la punción, el humor acuoso fluye y el iris se hiere fácilmente.

Por el contrario, con el pequeño cuchillo en forma de hoz, que sólo es cortante cerca de su punta, el tallo del instrumento cierra la pequeña herida que ha practicado su extremidad, no puede fluir el humor acuoso y la operación se practica más fácilmente y sin peligro.

En los casos en que las anteriores operaciones en nada disminuyan, ni siquiera inmediatamente, la tensión intraocular y parezca que la causa de este aumento de tensión reside en las partes posteriores, puede recurrirse á una muy sencilla operación, que Parinaud ha recomendado con el nombre de *oftalmotomía posterior* y que practica del modo siguiente:

después de colocado el separador, se tira muy fuertemente con la pinza el ojo hacia abajo y adentro de manera que se descubra la región superior y externa del globo ocular en la parte comprendida entre los músculos recto superior y recto externo. Se introduce entonces á nivel del ecuador del globo ocular un cuchillete de Graefe, cuya punta penetrará hasta el cuerpo vítreo; después, sin retirar completamente este cuchillo, se cambia su dirección de manera que la hoja del cuchillo haga con su primera dirección un ángulo de unos 30 grados, y de nuevo se introduce la punta del cuchillo hasta dentro del cuerpo vítreo. De este modo se hacen dos pequeñas incisiones de unos 2 milímetros de longitud, reuniéndose en ángulo agudo y en las que podrá verificarse durante un tiempo determinado una filtración hacia el exterior.

En los casos de glaucoma agudo, todos los anteriores procedimientos quedan en segundo término ante la operación verdaderamente radical del glaucoma, que es necesario practicar tan pronto como sea posible. La manera de obrar de la *iridectomía* en el glaucoma es discutible; que la operación obrase creando, en la herida de la córnea, una cicatriz de filtración, ó disminuyendo la superficie de las membranas segregantes del humor acuoso, ó restableciendo la permeabilidad del conducto de Fontana, estas opiniones pueden más ó menos sustentarse, pero están en absoluta oposición con ciertos hechos. Lo que no es discutible es el resultado de la operación; ahora bien, en un gran número de casos de glaucoma agudo con aumento considerable de la tensión intraocular, opacidad de la córnea y ceguera casi completa, la iridectomía en pocos días vuelve al ojo su tensión normal, la córnea se torna perfectamente transparente, se aclara muy fácilmente el fondo del ojo y los enfermos recuperan una visión que á veces es casi igual á la que tenían antes. Es en todos los casos indispensable practicar bien pronto la operación, antes que el aumento de la tensión intraocular haya rechazado y producido la atrofia de la papila y ocasionado trastornos incurables.

En todos los casos de glaucoma agudo, cuando la inyección periquerática hace que la acción de la cocaína sea mucho menos completa, es indispensable cloroformizar los enfermos; en efecto, sin cloroformo la operación puede ser muy dolorosa; ahora bien, si los enfermos hacen un movimiento brusco mientras se coge con las pinzas el iris para escindirlo, se produce una iridodialisis á veces extensa con una hemorragia que hará difícil continuar la operación. Por otra parte, la operación es necesario que se practique lenta y sosegadamente, y si los enfermos hacen esfuerzos y movimientos bruscos, nos exponemos á un verdadero desastre vaciando el ojo de un modo completo. Veamos ahora la manera cómo debe procederse.

Completamente cloroformizado el enfermo, se le lavan los párpados y se coloca el separador. Se coloca la pinza de fijación en el globo del ojo por encima de la córnea del mismo modo que se hace para la operación de la catarata, y se coge un cuchillo de Græfe de hoja bastante estrecha, cuchillo que haya sido ya frecuentemente afilado. En efecto, muchas veces el iris está rechazado hacia delante por la presión intraocular, lo que disminuye considerablemente las dimensiones ántero-posteriores de la cámara anterior, por donde será más fácil hacer pasar un cuchillo delgado que uno de hoja ancha. Por la misma razón es preferible emplear el cuchillo de Græfe en vez del cuchillo triangular acodado, que expone mucho más á herir el iris y hasta el cristalino. La queratotomía practicada en la parte superior ha de comprender casi la sexta parte del contorno de la córnea. Es muchas veces difícil cuando no existe cámara anterior; en efecto, conviene evitar el lastimar el iris ó permanecer entre las láminas ó capas de la córnea. Así sucede cuando la punta ha penetrado en la cámara anterior, deprimiendo ligeramente el iris con el dorso del cuchillo para abrirse paso.

La queratotomía ha de practicarse muy lentamente, de manera que el humor acuoso sólo fluya gota á gota, para evitar de este modo toda brusca detención, que podría ocasionar hemorragias ó también complicaciones graves de un modo inmediato.

Después de la incisión de la córnea, el iris se presenta generalmente por sí mismo entre los labios de la herida. Se coge con las pinzas y se le reseca en tres tiempos: las tijeras seccionan primero la parte situada en el ángulo de la herida á la derecha del operador, luego la parte media y después la parte situada en el otro ángulo. Esta sección en tres tiempos tiene por objeto evitar que el iris permanezca adherido en los ángulos de la herida, lo que podría suceder en una sección practicada en un solo tiempo.

Se toma en seguida la espátula para hacer entrar bien el iris y evitar que quede entre la herida de la córnea; después se instila eserina y se aplica la cura.

Hay casos en que el iris, lejos de presentarse por sí mismo entre los labios de la herida después de la queratotomía, es, por el contrario, muy difícil de coger con la pinza y atraerlo hacia fuera. Esto sucede en los casos en que la pupila queda fuertemente dilatada, sobre todo en su parte superior. La parte superior del iris permanece oculta bajo el limbo esclerocorneal y no siempre puede ser accesible. Para esto se ha fabricado un pequeño gancho puntiagudo, cuyo empleo es, por otra parte, muy peligroso. Puede en estos casos ser de alguna utilidad el abstenerse de

practicar la operación y aplazarla hasta que sean más favorables las condiciones.

Cuando el ojo está fuertemente congestionado, puede haber, por el solo hecho de la queratotomía, un derrame sanguíneo en la cámara anterior, que impedirá distinguir por completo el iris de la pupila. Antes de seguir más adelante, es necesario evacuar este hipohema, lo que se consigue entreabiendo los labios de la herida por medio de la espátula. Si la sangre sigue manando y no se consigue detenerla, hay que suspender la operación.

Existe una complicación mucho más grave y que puede presentarse en todos los que practican un gran número de operaciones de este género: después de una queratotomía practicada con toda lentitud y todas las precauciones, el iris se presenta por sí mismo entre los labios de la herida, y puede uno estar satisfecho de la facilidad con que podrá cogerse para resecarlo; pero la hernia del iris se hace rápidamente muy considerable, demasiado, presentándose á su vez el cristalino, seguido del cuerpo vítreo mezclado con una mayor ó menor cantidad de sangre. Cuando se observa que por esta especie de *vis a tergo* va saliendo sucesivamente hacia fuera del ojo todo su contenido, lo mejor es volver á cerrar rápidamente los párpados y hacer una compresión bastante enérgica; pero el ojo está definitivamente perdido y bien pronto nos veremos obligados á practicar la enucleación.

Cuando se trata de ojos que están en fuerte tensión y en los que pueden temerse accidentes de esta clase, lo mejor es esperar antes de practicar la iridectomía é intentar primero disminuir la tensión intraocular, ya por medio de los colirios mióticos, ya por una simple punción de la córnea ó por la esclerotomía.

Ya hemos dicho que conviene mucho vigilar que el iris no permanezca enclavado entre los labios de la herida. No obstante, hemos obtenido algunos muy buenos resultados en los casos de glaucoma francamente agudo aunque permaneciesen enclavados los ángulos de la herida, lo que difícilmente concuerda con la teoría.

La iridectomía no da siempre buenos resultados, y sucede que, á pesar de la operación y del tratamiento, el glaucoma pasa al estado crónico y hasta llega al estado de *glaucoma absoluto*. En este último caso, la córnea permanece turbia, la pupila se dilata al máximun, el iris se decolora y atrofia en distintos puntos y el cristalino se torna opaco; el ojo queda duro y puede ser asiento de vivos dolores y persistentes contra los que no hay otro remedio que la enucleación.

Hay otra forma de glaucoma contra la cual la iridectomía no puede

ponerse en práctica: es la que se designa bastante impropiamente con el nombre de *glaucoma hemorrágico*. Es una especie de glaucoma secundario que sobreviene en los ojos que de más ó menos tiempo son asiento de hemorragias retinianas por arteriosclerosis; la más pequeña detención brusca en estos ojos ocasionará una rotura arterial, y en estos casos sobre todo el ojo se vaciará fácilmente por una herida que se haga al practicar una iridectomía. Así, pues, en estos enfermos, hay que limitar la intervención operatoria, siempre que se crea indispensable, á una simple paracentesis de la córnea ó á una esclerotomía practicada con el mayor cuidado.

En el *glaucoma crónico*, el tratamiento médico volverá á estar ventajosamente indicado. Periódicamente se discute el pro y el contra de la utilidad de la iridectomía en el glaucoma crónico simple. Realmente los éxitos son extremadamente raros y la operación tiene á lo menos un inconveniente, cual es el de producir por el hecho de la herida de la córnea un astigmatismo que en un principio disminuirá la agudeza de la visión. Los enfermos ven muchísimo peor tan pronto se les ha practicado la operación, lo que es especialmente sensible para los individuos cuya vista se les disminuía primeramente de un modo muy lento.

Para resumir en pocas líneas lo que al tratamiento del glaucoma se refiere, diremos que:

Importa hacer el diagnóstico del glaucoma tan pronto como sea posible, puesto que el tratamiento es tanto más eficaz cuanto más pronto se haya puesto en práctica. El tratamiento general y los colirios pueden bastar en el glaucoma prodrómico ó subagudo; en el glaucoma crónico simple, el tratamiento médico es el único en que puede contarse, y aun sus resultados son muy inciertos é inseguros; por el contrario, en el glaucoma agudo hay que recurrir desde un principio y cuanto antes al tratamiento quirúrgico: las punciones repetidas de la córnea, la esclerotomía, la oftalmotomía posterior, la incisión del tejido del ángulo iridiano dan buenos resultados, pero con frecuencia sólo sirven para que sea ulteriormente posible y exenta de peligro la operación realmente radical del glaucoma, ó sea la iridectomía.

III

Hidroftalmia

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La hidroftalmía congénita ó buftalmía, ó glaucoma infantil, es una afección congénita que se presenta desde el nacimiento ó en las primeras semanas después del mismo. Se caracteriza por un desarrollo considerable del volumen del ojo en todas sus partes. Cada uno de los órganos, córnea, esclerótica, iris, conserva sus dimensiones relativas; estos niños parece que al nacer, ó algunos días después, tienen los ojos muy bonitos, puesto que los tienen muy grandes, mas bien pronto puede uno apercibirse que en realidad se trata de ojos enfermos. La córnea puede ser completamente transparente, pero muchas veces está más ó menos infiltrada, sobre todo en su porción central; hay temblor del iris á consecuencia de una rotura parcial de la zona de Zinn y de una subluxación del cristalino. La tensión intraocular está aumentada.

La etiología es completamente desconocida; la sífilis congénita no desempeña aquí ningún papel; por otra parte, esta afección no coincide con ninguna tara diatésica, y los niños, aparte de esta enfermedad, están perfectamente bien. Los casos en general son aislados: en una familia con varios niños uno solo presentará la hidroftalmía, no presentando el padre ni la madre ninguna lesión ocular. En una familia de mi clientela hay, no obstante, dos niños que padecen esta afección, mientras que un tercero, cuya edad es intermedia entre los dos precedentes, tiene los ojos indemnes; mas estos casos son extremadamente raros.

La afección, abandonada á sí misma, permanece algunas veces estacionaria; el enfermo no ve bien á causa de la opacidad de la córnea y de la prolongación del eje ántero-posterior, que les hace fuertemente miopes. Por otra parte, la afección generalmente es progresiva; el volumen del ojo aumenta, se disloca y torna opaco el cristalino, la córnea se infiltra cada vez más, la esclerótica se pone azulada, ectática en ciertos puntos, y para evitar las hemorragias y congestiones repetidas se recurre á la enucleación.

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento es el mismo que el del glaucoma: los colirios mióticos con *pilocarpina* ó *eserina* están perfectamente indicados, pero muchas veces son insuficientes, siendo necesaria una operación.

La mayoría de los oculistas se manifiestan indecisos cuando se trata de operar en los casos de glaucoma infantil y, en efecto, se ha visto al ojo atrofiarse después de una simple esclerotomía ó vaciarse después de una herida de la córnea practicada en una iridectomía. Por otra parte, siendo el pronóstico casi siempre fatal cuando no se interviene, estamos autorizados para operar en todos los casos, y, efectivamente, la *iridectomía* conservará los ojos, que sin ella acabarían por perderse. Una simple y sencilla punción fácilmente produce una hernia del iris, siendo, por tanto, preferible practicar ya desde un principio la iridectomía; mas conviene practicarla con toda clase de precauciones previa cloroformización y, si es necesario, después de haber disminuído la tensión intraocular empleando los colirios mióticos ó también por medio de una muy pequeña punción de la córnea. Basta generalmente practicar una muy pequeña queratotomía; el iris, formando espontáneamente hernia por una herida cualquiera de la córnea, se hace, en efecto, más accesible.

CAPITULO XIX

TRATAMIENTO DE LAS PARÁLISIS MUSCULARES

POR

A. CHEVALLEREAU

Médico de la clínica oftalmológica de los Quinze-Vingts

TRADUCCIÓN DEL DR. J. ESPASA Y ESCAYOLA

I

Consideraciones generales

En las enfermedades de los ojos, más quizá que en todo el resto de la patología, el tratamiento ha de fundarse en el diagnóstico y en la etiología de las enfermedades. Tal ocurre verdaderamente en lo que concierne á las parálisis oculares, para las cuales el tratamiento general es de mayor importancia que el local. Para tratar estas enfermedades conviene, ante todo, conocer las causas y saber distinguir cuáles son los músculos afectos.

A. — ETIOLOGÍA

Los músculos del ojo pueden verse paralizados por distintas causas que obren sobre un punto cualquiera del trayecto de los nervios que animan estos músculos. Estas causas pueden, por tanto, radicar en la capa cortical del cerebro, en el espesor de los hemisferios, á nivel de los núcleos en las partes laterales del acueducto de Silvio, en el trayecto intracraneano ó en la cavidad orbitaria. En general, las causas se dividen según su localización *intracraneana* ú *orbitaria*.

La causa intracraneana es *basal* cuando está situada á nivel de

la base del cráneo ó sea cuando afecta el tronco del nervio entre su emergencia del cerebro y la hendidura esfenoidal; es *cerebral* cuando afecta las fibras nerviosas en el mismo cerebro.

Según el sitio de la lesión cerebral, tendremos una parálisis *cortical* cuando se halla afecta la corteza del cerebro; *fibrilar*, cuando la lesión existe entre la corteza y los núcleos protuberanciales; *nuclear*, cuando están lesionados los núcleos protuberanciales; *fascicular*, cuando la lesión recae sobre los haces de las raíces nerviosas entre los núcleos motores y la emergencia del nervio en la base del cerebro.

No es siempre fácil localizar la causa de una parálisis muscular tanto más cuanto que muchas veces se trata de causas generales cuyo modo de obrar no está bien determinado. Así se observan estas parálisis con bastante frecuencia en la difteria, en la intoxicación saturnina, en el histerismo, en distintas intoxicaciones por el alcohol, el tabaco, el óxido de carbono, el gas del alumbrado, y más frecuentemente todavía en la diátesis artrítica y en la sífilis y, por último, á veces se observan en la diabetes y en el bocio exoftálmico.

El reumatismo y la sífilis son las dos diátesis que figuran con mayor frecuencia en la etiología de las parálisis musculares.

Podrán atribuirse al reumatismo cuando en los antecedentes de los enfermos se encuentren síntomas de la diátesis artrítica: dolores articulares ó musculares, gota, cólicos hepáticos, orina ordinariamente cargada de uratos, jaquecas, varices, hemorroides, eczema simétrico, etc. En algunos casos, la parálisis comenzará después de un frío intenso y prolongado.

La parálisis se hará depender de la sífilis cuando el enfermo tenga antecedentes sifilíticos bien comprobados: chancro, placas mucosas, cefalalgias nocturnas, caída de los cabellos, erupciones específicas, exóstosis, ó cuando existan síntomas manifiestos de sífilis ocular.

La investigación de los antecedentes puede, á veces, ser bastante difícil, puesto que la parálisis casi nunca se presenta hasta el tercer período de los accidentes secundarios. La sífilis obra generalmente provocando tumores, exóstosis de la base del cráneo, gomas y neuritis.

Una causa muy común de estas parálisis es la ataxia locomotriz; muchas veces se manifiesta la tabes en el ojo con años de anticipación antes de revelarse por otros síntomas, y los primeros fenómenos consisten en la diplopia y en trastornos pupilares.

En mi tesis del año 1879, referí un cierto número de casos de parálisis musculares consecutivas á traumatismos cerebrales; hemos observado parálisis del tercer par y sobre todo del sexto, pero ninguna del cuarto.

Estas parálisis parecen muchas veces debidas á lesiones de los cordones de los nervios motores del ojo ó de sus núcleos de origen. Para estos últimos, las lesiones consisten en una destrucción por hemorragia ó por desgarro del suelo del cuarto ventrículo en el caso de choque por el líquido cefalorraquídeo. Los troncos nerviosos, por otra parte, pueden romperse, desgarrarse, estirarse ó comprimirse por hemorragias, exudados ó por un callo óseo.

Lo mismo ocurre en las parálisis producidas por un traumatismo directo sobre el mismo músculo, seccionado por un instrumento cortante, estocada con el florete, etc.

B. — DIAGNÓSTICO

1.° En las parálisis oculares, el diagnóstico del sitio de las lesiones es imposible ó á lo menos difícil; no conociéndose centros corticales de los movimientos oculares, no podremos diagnosticar las parálisis de origen cortical ó fibrilar.

En cuanto á las parálisis fasciculares, difícilmente una lesión podría interesar únicamente las raíces de los nervios motores del ojo en este punto de su trayecto; por limitada que fuese esta lesión, provocaría al mismo tiempo hemiplegia cruzada con ó sin participación del facial y del hipogloso.

De la misma manera no podremos encontrar un indicio del origen basal de la parálisis, á menos que se hallen interesados simultáneamente otros nervios craneales.

Pueden á veces diagnosticarse parálisis de origen orbitario, cuando, por ejemplo, la parálisis recae únicamente sobre el oblicuo menor y los músculos internos del ojo, como también en caso de inflamación del tejido celular de la órbita; en este último caso, hay más ó menos completa imposibilidad de mover el ojo, pero los músculos internos están intactos, hay exoftalmía, y á menudo los trastornos de la vista, por distensión del nervio óptico ó compresión de su vaina, dan lugar á la producción del edema peripapilar, de la neuritis y de la atrofia.

En la literatura médica se encuentra un cierto número de ejemplos de *parálisis periódica* del motor ocular común. Esta parálisis puede observarse en el hombre, pero casi siempre se presenta en niñas ó en mujeres jóvenes; á menudo esta parálisis va precedida ó acompañada de los síntomas comunes y ordinarios de la jaqueca, hemicránea, náuseas, vómitos, fotofobia. Aparece cuando los dolores de cabeza llevan

algunas horas ó hasta algunos días de duración; comprende siempre todos los músculos inervados por el nervio motor ocular común y luego desaparece después de haber durado algunos días, semanas ó meses. Esta afección se denomina *jaqueca oftálmica acompañada.*

Esta parálisis es siempre unilateral y corresponde al punto de localización de la hemicránea.

El intervalo que separa los ataques varía de uno á varios meses, pero casi siempre es poco más ó menos el mismo en el propio individuo.

2.° El diagnóstico de las parálisis musculares puede hacerse de dos maneras, por el examen objetivo puramente ó por la investigación de los síntomas.

El examen objetivo tan sólo es suficiente en los casos de parálisis completa; no pudiendo el músculo paralizado llevar el ojo en la dirección común y ordinaria, los movimientos revelan inmediatamente el estrabismo paralítico.

Cuando en vez de una parálisis completa se trata de una simple paresia, es á veces todavía posible hacer de momento el diagnóstico; por ejemplo, en caso de paresia del músculo recto externo izquierdo, el ojo izquierdo no podrá dirigirse hacia fuera sino por contracciones repetidas del recto externo, que de una sola vez no podrá llevar el ojo hasta la comisura externa ni mantenerlo mucho tiempo en esta posición; tendrán lugar una serie de contracciones breves, de sacudidas, una especie de nistagmo.

La mayor parte de las veces parece como si no hubiera ninguna dificultad en los movimientos oculares, y el diagnóstico sólo podrá hacerse por la investigación de los síntomas y principalmente por la comprobación de la diplopia.

La visión de dos imágenes para un solo objeto es el síntoma principal de todas las parálisis oculares, y por este solo síntoma podemos llegar al diagnóstico del músculo paralizado. Recordando la acción fisiológica de los músculos motores del globo del ojo, pueden reducirse á una sola las reglas que sirven de guía para la formación del diagnóstico. Esta regla es la siguiente: *la imagen falsa, ó sea la imagen vista por el ojo del lado enfermo, es transportada en el sentido que el músculo paralizado transportaría al ojo, si estuviera intacto, estando, por el contrario, paralizados los demás músculos.*

Supongamos una parálisis del músculo recto externo izquierdo, músculo cuya acción es transportar el ojo izquierdo hacia fuera; el ojo izquierdo verá el objeto más á izquierda que lo está en realidad. La ima-

gen del ojo izquierdo estará á izquierda de la del ojo derecho; habrá una diplopia homónima.

Supongamos una parálisis del recto interno izquierdo, cuya acción es llevar el ojo izquierdo hacia la derecha: el objeto visto por el ojo izquierdo aparecerá más á la derecha que lo está en realidad; la imagen del ojo izquierdo estará á la derecha de la del ojo derecho; habrá diplopia cruzada.

Supongamos una parálisis del recto superior derecho que dirige el ojo derecho hacia arriba: la imagen vista por el ojo derecho parecerá más alta que no es el objeto, más alta que la imagen vista por el ojo izquierdo; habrá diplopia en altura.

Consideremos ahora mismo un caso más complejo: la parálisis del oblicuo mayor izquierdo. Este músculo, como los rectos superior é inferior, y más claramente que éstos, tiene una acción triple: es abductor, depresor y rotatorio hacia dentro, esto es, lleva el ojo hacia fuera y abajo y hace inclinar hacia dentro por su extremidad superior el eje vertical del ojo. Si el oblicuo mayor izquierdo está paralizado, la imagen percibida por el ojo izquierdo estará á la izquierda de la percibida por el ojo derecho; habrá diplopia homónima; al mismo tiempo la imagen izquierda estará más baja que la del ojo derecho y, por último, esta imagen estará inclinada hacia dentro por su parte superior. Cuando el objeto que se presenta al enfermo, y que de ordinario es una bujía encendida, es llevado completamente hacia fuera, el oblicuo mayor se hace cada vez más rotatorio hacia dentro; por esto la imagen falsa está cada vez más inclinada hacia dentro respecto de la imagen verdadera. Por el contrario, cuando la bujía se coloca á la derecha, llega un momento en que el músculo oblicuo mayor en la parte comprendida entre la polea y la inserción en la esclerótica resulta paralelo al eje óptico; en este caso el músculo no ejerce ya acción sobre la rotación del eje vertical del ojo, sino al contrario, resulta fuertemente depresor; entonces las imágenes percibidas por los dos ojos serán ambas verticales, pero la percibida por el ojo izquierdo aparecerá más baja que la percibida por el ojo derecho. Entre estas dos posiciones extremas, cuando la bujía será transportada de dentro á fuera, la imagen izquierda colocada verticalmente al principio por debajo de la precedente se inclina cada vez más sobre la imagen derecha á medida que la bujía es llevada hacia la izquierda. Al mismo tiempo que aumenta la inclinación disminuye la distancia vertical.

Así, pues, bastará recordar la acción fisiológica de los músculos del ojo y la regla anteriormente formulada, para hacer rápidamente el diagnóstico del músculo ó de los músculos paralizados.

Los síntomas de la parálisis de un músculo son los mismos, sea cual fuere la causa de esta parálisis. Hay que hacer mención aquí de la inconstancia que se observa en las parálisis de origen tabético. La incoordinación es completa; en una misma sesión, un músculo aparecerá primero afecto de parálisis, algunos minutos después aparecerá indemne y, por el contrario, otro músculo aparecerá afecto. Cuando de este modo se modifican los síntomas tan rápidamente, puede hacerse con toda seguridad el diagnóstico de parálisis de origen tabético. Por otra parte, es muy raro que en estos casos no existan otros síntomas: desigualdad pupilar, signo de Argyll Robertson que contribuirán á afirmar el diagnóstico.

La diplopia es con mucho el principal síntoma, pero no es el único; hasta algunas veces llega casi á pasar desapercibida de los enfermos, que dicen que no ven duplicado, pero sí perturbado. A menudo los enfermos se quejan de vértigos, náuseas, debidos á que los objetos les parecen ensanchados ó desdoblados ó á que se forman un concepto equivocado de la distancia y situación de estos objetos. En efecto, es fácil evidenciar la falsa proyección de las imágenes por el ojo paralizado. Supongamos una parálisis del recto externo izquierdo: si cerrando el ojo sano, se dice á un enfermo que con cierta presteza ó rapidez toque con la extremidad del dedo un objeto colocado á su izquierda, del lado del músculo paralizado, llevará siempre su dedo más á la izquierda del sitio en que en realidad está el objeto.

Si durante este tiempo se tapa el ojo derecho con un vidrio deslustrado que permite seguir sus movimientos, se ve que el ojo derecho se dirige hacia dentro, sufriendo entonces una convergencia de mayor consideración que la divergencia del ojo izquierdo; esta desviación del músculo sinérgico del músculo paralizado se denomina *desviación secundaria*.

C. — CURSO Y TERMINACIONES

El curso depende de la causa de las parálisis. Las parálisis de origen nuclear pueden ser agudas ó crónicas. Las parálisis crónicas pueden ser estacionarias ó invadir y destruir sucesivamente la mayoría de los núcleos bulbares.

Las parálisis nucleares agudas pueden afectar una forma grave, que al cabo de poco tiempo determina la muerte del enfermo; otras veces, por el contrario, pueden retrogradar y dar lugar á una notable mejoría y hasta á una completa curación. Las parálisis debidas á una destrucción del núcleo de origen ó á una ruptura del cordón nervioso son incurables; las de origen reumático ó sifilítico curan con mucha frecuencia.

La curación puede ser completa y el músculo recobra todas sus funciones; esto suele acontecer cuando la afección no ha sido demasiado duradera. Cuando la afección ha sido larga, el antagonista del músculo paralizado puede sufrir una retracción que desvíe el ojo en este sentido. Esta retracción es á veces dominada por la energía muscular, pero puede quedar una desviación permanente con todos los síntomas del estrabismo concomitante.

Puede suceder que la parálisis no cure y que la retracción del antagonista sea cada vez más pronunciada. El ojo está entonces inmovilizado en el ángulo que corresponde al músculo retraído. Llámase á esto estado de *contractura paralítica*.

II

Tratamiento

El tratamiento es de dos clases, general y local. El tratamiento general se funda en la investigación de la causa, siendo dicho tratamiento suficiente cuando, por ejemplo, se trata del reumatismo ó de la sífilis; cuando menos siempre ha de venir en ayuda del tratamiento local.

Este último tratamiento comprende distintas clases de medios.

Puede ser de utilidad durante el tratamiento emplear medios paliativos y tapar el ojo paralizado para evitar la diplopia y los vértigos. Se emplean lentes en los que el ojo enfermo está cubierto por un *vidrio deslustrado*.

El empleo de los *prismas* puede tener por objeto combatir momentáneamente la diplopia del enfermo ó fortalecer, excitándolo, el músculo paralizado. El prisma ha de colocarse de tal modo que su base mire al músculo paralizado. En efecto, los prismas tienen la propiedad de que los rayos que los atraviesan son refractados hacia la base. Supongamos una parálisis del recto externo; el ojo está en convergencia y el objeto fijado viene á dibujarse sobre la retina por dentro de la mácula; coloquemos delante del ojo paralizado un prisma con su base hacia fuera; á través de este prisma, la imagen del objeto fijado es refractada hacia la base del prisma ó sea por fuera del punto donde se dirigía primitivamente y puede escogerse el número del prisma de tal modo que la imagen se dibuje precisamente sobre la mácula.

En el caso de parálisis del recto interno, colocaremos la base del

prisma hacia dentro y hacia arriba para la parálisis del recto superior, y así sucesivamente.

Cuando es considerable la distancia que hay entre las dos imágenes, puede ser necesario, para corregir la diplopia, el uso de un prisma de un grado más elevado; pero estos prismas son pesados é incómodos, y no podemos colocar ante los ojos un prisma de más de 6 ó 7 grados. Cuando el grado sea más elevado, hay que repartir la corrección entre los dos ojos. Por otra parte, estos prismas no pueden siempre dar grandes resultados; la distancia lateral y la oblicuidad de las imágenes varían muchas veces con la posición de los ojos. En resumen, pocas veces se tiene ocasión de prescribirlos con el fin de neutralizar la diplopia.

Estos cristales pueden prestar grandes servicios para ejercitar el músculo paralizado. Después de haber encontrado el prisma que corrige la diplopia, se coloca delante del ojo enfermo un prisma un poco más débil, dejando una pequeña separación entre las imágenes con el fin de provocar en el músculo debilitado un esfuerzo para reunir estas dos imágenes. Cuando esta fusión se consigue fácilmente, se prescribe un prisma más débil, necesitándose nuevos esfuerzos del músculo paralizado, y así se va continuando hasta que se haya curado completamente la desviación.

Para evitar la retracción del músculo antagonista en las parálisis de larga duración puede emplearse el siguiente procedimiento: después de haber instilado cocaína, se coge la conjuntiva á nivel de la inserción escleral del músculo paralizado, y se hace girar el ojo en la dirección de este músculo por alargar su antagonista. Estas tracciones se repiten unas diez veces.

Un autor americano ha considerado estas tracciones como un masaje del músculo paralizado, y ha pretendido curar de este modo y con bastante rapidez á sus enfermos. Pocas veces se obtienen buenos resultados, mas este procedimiento es útil para impedir las desviaciones secundarias.

La electrización por las *corrientes continuas* desempeña un papel de la mayor importancia en el tratamiento de estas parálisis. El procedimiento es el mismo que para las enfermedades de la papila ó del cuerpo vítreo: aplicar el polo negativo en la nuca, el polo positivo sobre los párpados cerrados y se hace pasar durante veinticinco á treinta minutos una corriente de unos tres miliamperios. Además, puede ser de utilidad el practicar la electrización localizada sobre el músculo paralizado. Se instila un colirio con clorhidrato de cocaína para que pueda resultar indolora esta maniobra; el polo negativo se aplica en la nuca y se adapta al polo positivo una sonda de vías lagrimales números 8 ó 10, esto es, bastante voluminosa; después, abriendo los párpados, se pasea la extremidad de esta

sonda por toda la longitud de la parte anterior del músculo paralizado. El efecto es de este modo más directo y más completo, pero no puede continuarse más de dos ó tres minutos cada vez.

Cuando la parálisis es muy antigua, que no haya curado y que por los medios comunes y ordinarios no tiene ninguna probabilidad de curación, estamos autorizados para intervenir quirúrgicamente por medio del *avanzamiento muscular* del músculo paralizado ó por la *tenotomía* de su antagonista. Estas operaciones sólo pueden practicarse en el recto interno ó en el externo, raras veces en los músculos recto inferior ó recto superior y nunca en los oblicuos. Por lo que se refiere al manual operatorio, es el mismo que el del estrabismo, y no hay por qué de nuevo ocuparnos de ello.

En las parálisis de origen tabético, la tenotomía puede tener un efecto curioso, que hemos indicado en el Congreso internacional de Edimburgo en 1894. La tenotomía del recto externo retraído después de una parálisis del motor ocular común, puede tener por efecto curar la parálisis del tercer par como si esta perálisis fuese puramente espasmódica.

En el caso de parálisis de origen traumático directo, si la sección del músculo es completa, apenas podemos esperar que puedan encontrarse los dos extremos para suturarlos. Por otra parte, cuando la sección del músculo es incompleta, que es lo más frecuente, el número de fibras que han quedado intactas bastan siempre para evitar la diplopia. Las parálisis consecutivas á los *traumatismos* cerebrales son muchas veces definitivas cuando hay destrucción del núcleo de origen ó ruptura del cordón nervioso; á veces son debidas á la compresión del nervio por un callo óseo ó por un coágulo sanguíneo; en este caso la curación puede obtenerse después de un tratamiento más ó menos prolongado por medio del *yoduro de potasio* ó las *corrientes continuas*.

FIN DEL TOMO OCTAVO

ÍNDICE DE MATERIAS

DEL TOMO OCTAVO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA MUJER

(GINECOLOGÍA MÉDICA)

POR ALBERTO ROBIN Y PABLO DALCHÉ

PRIMERA PARTE

FALSAS UTERINAS

CAPITULO PRIMERO

Etiología y patogenia generales de las falsas uterinas

CAPITULO II

Falsas uterinas y afecciones de las vías digestivas

CAPITULO III

Falsas uterinas y afecciones del hígado

CAPITULO IV

Falsas uterinas y afecciones del aparato circulatorio

CAPITULO V

Falsas uterinas y afecciones del riñón

CAPITULO VI

Falsas uterinas y afecciones del sistema nervioso

CAPITULO VII

Falsas uterinas y afecciones artríticas

CAPITULO VIII

Falsas uterinas y enfermedades infecciosas y tóxicas

SEGUNDA PARTE

FALSAS UTERINAS

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

CAPITULO PRIMERO

Indicaciones generales del diagnóstico de las falsas uterinas

CAPITULO II

Indicaciones generales del tratamiento de las falsas uterinas

---

TERCERA PARTE

LA MENSTRUACIÓN Y SUS ACCIDENTES

HIGIENE Y TERAPÉUTICA

CAPITULO PRIMERO

La pubertad en la mujer

CAPITULO II

Tratamiento de la amenorrea y de la dismenorrea

CAPITULO III

Tratamiento de la amenorrea y de la dismenorrea por atresia ó estenosis del conducto genital

CAPITULO IV

Tratamiento de las metrorragias

CAPITULO V

De la menopausia

CUARTA PARTE

TERAPÉUTICA MÉDICA DE LAS ENFERMEDADES DE LAS MUJERES

CAPITULO PRIMERO

Tratamiento médico de las enfermedades de la vulva y de la vagina

CAPITULO II

Tratamiento médico de la congestión uterina

CAPITULO III

Tratamiento médico de la metritis

CAPITULO IV

Tratamiento de las dislocaciones y de las desviaciones de la matriz

CAPITULO V

Tratamiento médico de los fibromas

CAPÍTULO VI

Tratamiento médico del cáncer del útero

CAPÍTULO VII

Tratamiento médico de las flegmasías periuterinas

CAPÍTULO VIII

Algunas aplicaciones del agua en ginecología

QUINTA PARTE

TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LAS ENFERMEDADES DE LA MUJER

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL OÍDO

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades del oido, POR E. MÉNIÈRE

CAPÍTULO II

Terapéutica general de las afecciones del oido, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO III

Tratamiento de las deformidades y vicios de conformación del pabellón de la oreja y del conducto auditivo externo, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO IV

Tratamiento de las lesiones traumáticas del pabellón y del conducto auditivo externo

POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO V

Tratamiento de los cuerpos extraños del oído, POR F. LUBET-BARBON

CAPÍTULO VI

Tratamiento de las enfermedades del pabellón de la oreja, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO VII

Tratamiento de las inflamaciones y de las diversas enfermedades del conducto auditivo externo, POR M. E. GELLÉ

CAPITULO VIII

Tratamiento de las enfermedades del tímpano, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO IX

Tratamiento de la otitis media aguda simple no supurativa, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO X

Tratamiento de la otitis aguda flemonosa supurativa, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO XI

Tratamiento de la supuración crónica del oído (otorrea), POR M. E. GELLÉ

CAPITULO XII

Tratamiento de la obstrucción de las trompas de Eustaquio, POR F. LUBET-BARBON

CAPITULO XIII

Tratamiento de la otitis crónica no supurativa, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de la esclerosis del oído medio, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO XV

Tratamiento de las enfermedades del oído interno, POR M. E. GELLÉ

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones de patología é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades de los ojos, POR PH. PANAS

CAPÍTULO II

Tratamiento de las inflamaciones de los párpados, POR E. VALUDE

CAPÍTULO III

Tratamiento de los tumores de los párpados, POR E. VALUDE

CAPÍTULO IV

Tratamiento de las desviaciones y deformaciones de los párpados, POR E. VALUDE

CAPÍTULO V

Tratamiento de las enfermedades del aparato lagrimal, POR E. VALUDE

CAPÍTULO VI

Tratamiento de las afecciones de la órbita, POR E. VALUDE

CAPÍTULO VII

Tratamiento del estrabismo, POR H. PIRANAUD

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de las enfermedades de la conjuntiva, POR E. KALT

CAPITULO IX

Tratamiento de las enfermedades de la córnea, POR E. KALT

CAPITULO X

Tratamiento de las enfermedades de la esclerótica, POR E. KALT

CAPÍTULO XI

Tratamiento de las enfermedades del iris, POR E. KALT

CAPÍTULO XII

Tratamiento de las enfermedades del cristalino, POR E. KALT

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de las enfermedades del cuerpo vitreo, POR A. CHEVALLEREAU

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de las enfermedades de la coroides, POR A. CHEVALLEREAU

CAPITULO XV

Tratamiento de las enfermedades del nervio óptico, POR A. CHEVALLEREAU

CAPITULO XVI

Tratamiento de las enfermedades de la retina, POR A. CHEVALLEREAU

CAPITULO XVII

Tratamiento de los defectos ó vicios de refracción, POR A. CHEVALLEREAU

CAPITULO XVIII

Tratamiento del glaucoma, POR A. CHEVALLEREAU

CAPITULO XIX

Tratamiento de las parálisis musculares, POR A. CHEVALLEREAU

ÍNDICE GENERAL

DE TODA LA OBRA

ÍNDICE GENERAL DE TODA LA OBRA

TOMO PRIMERO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES GENERALES

PRIMERA PARTE

ENFERMEDADES DE LA NUTRICIÓN

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones de patología é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades de la nutrición, POR EL PROFESOR M. ARNOZAN (DE BURDEOS)

CAPÍTULO II

Tratamiento del herpetismo. — Reumatismo crónico. — Enfermedades gotosas
POR E. LANCEREAUX

CAPÍTULO III

Tratamiento de la gota, POR H. RENDU

CAPÍTULO IV

Tratamiento del linfatismo y de la escrófula, POR ALBERTO JOSIAS

CAPÍTULO V

Tratamiento de la diabetes, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO VI

Tratamiento de la fosfaturia, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO VII

Tratamiento de las albuminurias de origen fosfatúrico, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de la azouria, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO IX

Tratamiento de la obesidad, POR A. MATHIEU

CAPÍTULO X

Tratamiento de la delgadez y del enflaquecimiento, POR A. MATHIEU

CAPÍTULO XI

Tratamiento del raquitismo, POR HIPÓLITO MARTIN

CAPÍTULO XII

Tratamiento de la osteomalacia, POR A. BROUSSE

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de las osteopatías, POR A. BROUSSE

I. — OSTEÍTIS DEFORMANTE (ENFERMEDAD DE PAGET)

II. — ÓSTEO-ARTROPATÍA HIPERTROFIANTE (ENFERMEDAD DE MARIE)

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de los accidentes del crecimiento, POR M. SPRINGER

SEGUNDA PARTE

ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades de los riñones, POR A. BRAULT

CAPÍTULO II

Tratamiento de la congestión renal, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO III

Tratamiento de las nefritis, POR A. BRAULT

CAPÍTULO IV

Régimen de los albuminúricos, POR J. TEISSIER

ALBUMINURIAS BRÍGHTICAS

ALBUMINURIAS FUNCIONALES

CAPÍTULO V

CAPÍTULO VI

CAPÍTULO VII

CAPÍTULO VIII

CAPÍTULO IX

CAPÍTULO X

CAPÍTULO XI

Tratamiento de las degeneraciones renales, POR S. AUDRY

CAPÍTULO XII

Tratamiento de la tuberculosis del riñón, POR S. AUDRY

CAPÍTULO XIII

Tratamiento del cáncer del riñón, POR A. CHANDELUX

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de la uremia, POR J. RENAUT

CAPÍTULO XV

Tratamiento de la hemoglobinuria, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO XVI

Tratamiento de la quiluria, POR ALBERTO ROBIN Y PABLO LONDE

CAPÍTULO XVII

Tratamiento de la lipuria, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO XVIII

Tratamiento del riñón movible, POR ALBERTO MATHIEU

TERCERA PARTE

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS LINFOIDES

CAPÍTULO PRIMERO

Tratamiento del bocio, POR L. GALLIARD

CAPÍTULO II

Tratamiento del bocio exoftálmico, POR A. JOFFROY Y CH. ACHARD

CAPÍTULO III

Tratamiento del mixœdema, POR G. SARDA

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la linfadenia, POR G. LEMOINE

CAPÍTULO V

Tratamiento de la enfermedad bronceada de Addison, POR A. BROUSSE

CUARTA PARTE

TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones de patología é indicaciones terapéuticas generales acerca de las intoxicaciones POR J. TEISSIER

CAPÍTULO II

Tratamiento de las intoxicaciones por los alimentos, POR. J. TEISSIER

CAPÍTULO III

Tratamiento de la intoxicación por el alcohol, POR V. MAGNAN Y P. SÉRIEUX

A. — EMBRIAGUEZ

B. — DELIRIO ALCOHÓLICO SIMPLE

C. — DELIRIUM TREMENS FEBRIL

D. — DIPSOMANÍA

E. — ALCOHOLISMO CRÓNICO

F. — BEBEDORES POR COSTUMBRE

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la intoxicación por el éter, POR V. MAGNAN Y P. SÉRIEUX

CAPÍTULO V

Tratamiento de la intoxicación crónica por el opio, POR PABLO SOLLIER

CAPÍTULO VI

Tratamiento de la intoxicación por la cocaína, POR V. MAGNAN Y A. PÉCHARMAN

CAPÍTULO VII

Tratamiento de la intoxicación por el tabaco, POR EDGARDO HIRTZ

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de las intoxicaciones en general, POR EDGARDO HIRTZ

CAPÍTULO IX

Tratamiento de la intoxicación saturnina, POR J. RENAUT

CAPÍTULO X

Tratamiento de la intoxicación mercurial, POR EDGARDO HIRTZ

CAPÍTULO XI

Tratamiento de la intoxicación por el fósforo, POR EDGARDO HIRTZ

CAPÍTULO XII

Tratamiento de la intoxicación arsenical, POR EDGARDO HIRTZ

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de la intoxicación por el óxido de carbono, POR EDGARDO HIRTZ

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de la intoxicación por el cobre, POR EDGARDO HIRTZ

CAPÍTULO XV

Tratamiento de la intoxicación por el sulfuro de carbono, POR EDGARDO HIRTZ

CAPÍTULO XVI

Tratamiento de los diversos envenenamientos, POR ALBERTO ROBIN Y G. BARDET

CAPÍTULO XVII

CAPÍTULO XVIII

Tratamiento de la intoxicación consecutiva á las mordeduras de la víbora
POR A. CALMETTE

TOMO SEGUNDO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones de patología é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades infecciosas, POR CH. ACHARD

CAPÍTULO II

Nociones de química patológica é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades infecciosas agudas y los estados tifódicos, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO III

Tratamiento de la viruela, POR WILLIAM ŒTTINGER

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la varicela, POR WILLIAM ŒTTINGER

CAPÍTULO V

Tratamiento del sarampión, POR ALBERTO JOSIAS

CAPÍTULO VI

Tratamiento de la rubeola, POR WILLIAM ŒTTINGER

CAPÍTULO VII

Tratamiento de la escarlatina, POR JULIO COMBY

CAPÍTULO VIII

Tratamiento del sudor miliar, POR L. CATRIN

CAPÍTULO IX

Tratamiento de las parótidas, POR ALBERTO JOSIAS

CAPÍTULO X

Tratamiento de la erisipela, POR ALBERTO ROBIN Y P. LONDE

CAPÍTULO XI

Tratamiento de la difteria, POR JULIO COMBY

CAPÍTULO XII

Tratamiento de la coqueluche, POR JULIO COMBY

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de la fiebre tifoidea, POR PEDRO MERKLEN

CAPÍTULO XIV

Tratamiento del tifus exantemático, POR L. CATRIN

CAPÍTULO XV

Tratamiento de la fiebre amarilla, POR L. CATRIN

CAPÍTULO XVI

Tratamiento de la fiebre recurrente, POR E. BOINET

CAPÍTULO XVII

Tratamiento de la grippe, POR J. TEISSIER

CAPÍTULO XVIII

Tratamiento del dengue, POR E. BOINET

CAPÍTULO XIX

Tratamiento del cólera, POR L. GALLIARD

CAPÍTULO XX

Tratamiento de la peste, POR E. BOINET

CAPÍTULO XXI

Tratamiento del paludismo, POR A. LAVERAN

CAPÍTULO XXII

Tratamiento del reumatismo articular agudo, POR ENRIQUE BARTH

CAPITULO XXIII

Tratamiento del carbúnculo, POR I. STRAUS

CAPÍTULO XXIV

Tratamiento del muermo y de los lamparones en el hombre, POR E. BOINET

CAPÍTULO XXV

Tratamiento de la rabia, POR A. CALMETTE

CAPÍTULO XXVI

Tratamiento del tétanos, POR E. BOINET

CAPÍTULO XXVII

Tratamiento de la actinomicosis, POR A. NETTER

CAPÍTULO XXVIII

Tratamiento de la lepra, POR H. LELOIR

CAPITULO XXIX

Tratamiento del beriberi, POR E. BOINET

SEGUNDA PARTE

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE

CAPÍTULO PRIMERO

Tratamiento de la clorosis, POR J. AUDRY

CAPÍTULO II

Tratamiento de la anemia perniciosa progresiva, POR J. AUDRY

CAPÍTULO III

Tratamiento hidromineral de la clorosis y de las anemias, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO IV

Tratamiento del escorbuto, POR E. BOINET

CAPÍTULO V

Tratamiento de la hemofilia, POR C. GIRAUDEAU

CAPÍTULO VI

Tratamiento de las enfermedades parasitarias de la sangre, POR RAFAEL BLANCHARD

TERCERA PARTE

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales acerca de las enfermedades venéreas, POR R. DU CASTEL

CAPÍTULO II

Tratamiento de la sífilis, POR R. DU CASTEL

CAPÍTULO III

Tratamiento del chancro blando, POR W. DUBREUILH

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la blenorragia, POR F. BALZER

I.—BLENORRAGIA URETRAL DEL HOMBRE

II.—BLENORRAGIA DE LA MUJER

III.—TRATAMIENTO DEL REUMATISMO BLENORRÁGICO

CUARTA PARTE

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CAUSADAS POR AGENTES FÍSICOS

CAPÍTULO PRIMERO

Tratamiento de los accidentes causados por el frío, POR A. MANQUAT

CAPITULO II

Tratamiento del tortícolis y del lumbago, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO III

Tratamiento de los accidentes causados por el sol, POR E. BOINET

I.—ASOLEAMIENTO.— GOLPE DE SOL.— (ERITEMA SOLAR)

II. — INSOLACIÓN

III. — FORMA MIXTA. TERMOHELIOSIS

IV. — ACALORAMIENTO

CAPÍTULO IV

Tratamiento de las quemaduras, POR J.-J. PEYROT

I. — QUEMADURAS CAUSADAS POR LA ACCIÓN DEL CALOR

CAPITULO V

Tratamiento de los accidentes causados por el aire muy caliente
POR MAURICIO SPRINGER

CAPÍTULO VI

Tratamiento de los accidentes causados por el rayo y la electricidad, POR E. HUET

CAPÍTULO VII

Tratamiento de los accidentes causados por el aire comprimido, POR MAURICIO SPRINGER

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de los accidentes causados por el aire rarefacto, POR MAURICIO SPRINGER

CAPÍTULO IX

Tratamiento de los accidentes causados por el aire confinado, POR MAURICIO SPRINGER

TOMO TERCERO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

PRIMERA PARTE

NARIZ—LARINGE—TRÁQUEA—BRONQUIOS

INTRODUCCIÓN

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades de los órganos de la respiración, POR L. FAISANS

I

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA NARIZ

CAPITULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades de la nariz, POR MARCELO LERMOYEZ

CAPÍTULO II

Tratamiento del coriza agudo, POR MARCELO LERMOYEZ

CAPÍTULO III

Tratamiento del ocena, POR MARCELO LERMOYEZ

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la epistaxis, POR MARCELO LERMOYEZ

CAPÍTULO V

Tratamiento del catarro de heno, POR MARCELO LERMOYEZ

II

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA LARINGE

CAPITULO PRIMERO

Tratamiento de las laringitis agudas, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO II

Tratamiento de las laringitis crónicas, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO III

Tratamiento de la laringitis tuberculosa, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la sífilis laríngea, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO V

Tratamiento de los tumores benignos ó pólipos de la laringe, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO VI

CAPÍTULO VII

Tratamiento de las vegetaciones adenoides, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO VIII

Tratamiento del edema de la glotis, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO IX

Tratamiento de la neurosis de la laringe, POR A. GOUGUENHEIM

I

NEUROSIS DE LA MOTILIDAD

II

NEUROSIS DE LA SENSIBILIDAD

III

ESPASMOS LARÍNGEOS

CAPÍTULO X

Tratamiento del espasmo de la glotis, POR J. GAREL

CAPÍTULO XI

Tratamiento del ictus laringeo, POR J. GAREL

CAPÍTULO XII

Tratamiento de las afecciones traumáticas de la laringe, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO XIII

Tratamiento del cáncer de la laringe, POR J. GAREL

CAPITULO XIV

De los sueros anticancerosos en el cáncer de la laringe y en el cáncer en general
POR E. BOINET

III

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA TRÁQUEA Y DE LOS BRONQUIOS

CAPITULO PRIMERO

Tratamiento de las estrecheces de la tráquea y de los bronquios, POR J. GAREL

CAPITULO II

De la traqueotomía, POR J. GAREL

CAPITULO III

Tratamiento de las bronquitis agudas, POR J. RENAUT

CAPÍTULO IV

Tratamiento de las bronquitis crónicas, POR J. RENAUT

CAPÍTULO V

Tratamiento de la dilatación de los bronquios ó bronquiectasia de la bronquitis fétida ó gangrena de las terminaciones bronquiales, POR E. LANCEREAUX

CAPITULO VI

Tratamiento de la gangrena de las terminaciones bronquiales, POR B. LYONNET

CAPITULO VII

Tratamiento del asma, POR ERNESTO BARIÉ

CAPITULO VIII

Tratamiento de la litiasis bronquial, POR L. GALLIARD

SEGUNDA PARTE

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL PULMÓN

CAPITULO PRIMERO

Tratamiento del enfisema pulmonar, POR ERNESTO BARIÉ

CAPITULO II

Tratamiento del edema del pulmón, POR J. RENAUT Y J. MOLLARD

CAPÍTULO III

Tratamiento de la congestión pulmonar, POR L. FAISANS

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la pneumonía lobular aguda, POR CH. TALAMON

CAPÍTULO V

Tratamiento de las broncopneumonías, POR JULIO COMBY

CAPÍTULO VI

Tratamiento de las esclerosis pulmonares y de las pneumonoconiosis, POR G. GIRAUDEAU

CAPÍTULO VII

Tratamiento de la apoplejía pulmonar y del infarto hemoptoico, POR B. LYONNET

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de la gangrena del pulmón, POR ERNESTO BARIÉ

CAPÍTULO IX

Tratamiento de los abscesos del pulmón, POR J. RENAUT Y J. MOLLARD

CAPÍTULO X

Tratamiento de los quistes hidatídicos del pulmón, POR ERNESTO BARIÉ

CAPÍTULO XI

Tratamiento del cáncer del pulmón, POR ERNESTO BARIÉ

CAPÍTULO XII

Tratamiento de la tisis pulmonar, POR E. TROISIER Y A. BERGÉ

CAPÍTULO XIII

Del valor terapéutico de la tuberculina, POR I. STRAUS

TERCERA PARTE

PLEURAS-MEDIASTINO-TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS

I

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PLEURA

CAPÍTULO PRIMERO

Tratamiento de las pleuresías serofibrinosas, POR HIPÓLITO MARTIN

CAPÍTULO II

CAPÍTULO III

Tratamiento de las pleuresías purulentas, POR A. MANQUAT

CAPÍTULO IV

Tratamiento de las vómicas, POR A. MANQUAT

CAPITULO V

Tratamiento del pneumotórax, POR L. GALLIARD

CAPÍTULO VI

Tratamiento del hidropneumotórax, POR L. GALLIARD

CAPÍTULO VII

Tratamiento del piopneumotórax, POR L. GALLIARD

CAPITULO VIII

Tratamiento del hidrotórax, POR L. GALLIARD

II

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES EL MEDIASTINO

CAPÍTULO PRIMERO

Tratamiento de los tumores del mediastino, POR J. RENAUT Y J. MOLLARD

CAPÍTULO II

Tratamiento de la adenopatia tráqueo-bronquial, POR M. SPRINGER

III

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS

CAPÍTULO PRIMERO

Tratamiento de la tos, POR ERNESTO BARIÉ

CAPÍTULO II

Tratamiento de la disnea, POR ERNESTO BARIÉ

CAPÍTULO III

Tratamiento de la hemoptisis, POR L. CAPITAN

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la asfixia, POR J. V. LABORDE Y PAUL CHÉRON

TOMO CUARTO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades del corazón y de los vasos, POR H. HUCHARD

CAPÍTULO II

Higiene del cardíaco, POR H. HUCHARD

CAPÍTULO III

Medicamentos cardiacos, POR H. HUCHARD

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la pericarditis, POR ERNESTO BARIÉ

CAPÍTULO V

CAPÍTULO VI

Tratamiento de las endocarditis, POR ERNESTO BARIÉ

I. — ENDOCARDITIS AGUDAS

II. — ENDOCARDITIS CRÓNICAS

CAPÍTULO VII

Tratamiento de la endocarditis crónica y de las afecciones valvulares, POR H. HUCHARD

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de la asistolia, POR H. HUCHARD

CAPÍTULO IX

Tratamiento de las afecciones congénitas del corazón, POR E. WEILL

CAPÍTULO X

Tratamiento de la cardioesclerosis y de la arterioesclerosis, POR H. HUCHARD

CAPÍTULO XI

Tratamiento de las miocarditis, POR J. RENAUT Y J. MOLLARD

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO PRIMERO

Tratamiento de la hipertrofia del corazón, POR J. RENAUT Y J. MOLLARD

CAPÍTULO II

Tratamiento de la dilatación del corazón, POR ERNESTO BARIÉ

CAPÍTULO III

Tratamiento de la sobrecarga adiposa del corazón, POR J. RENAUT Y J. MOLLARD

CAPÍTULO IV

Tratamiento de las aortitis, POR H. HUCHARD

CAPÍTULO V

Tratamiento de la angina de pecho, POR H. HUCHARD

CAPÍTULO VI

Tratamiento de los aneurismas de la aorta, POR C. GIRAUDEAU

CAPÍTULO VII

Tratamiento de la trombosis cardíaca, POR H. HUCHARD Y A. WEBER

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de las palpitaciones, POR H. HUCHARD

CAPÍTULO IX

Tratamiento de las taquicardias, POR H. HUCHARD Y A. WEBER

CAPÍTULO X

Tratamiento de las bradicardias, POR H. HUCHARD Y A. WEBER

CAPÍTULO XI

Tratamiento de la aritmia cardíaca, POR H. HUCHARD

CAPÍTULO XII

Tratamiento del síncope, POR C. GIRAUDEAU

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de los accidentes grávido-cardíacos, POR CH. VINAY

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de las gangrenas periféricas, POR L. CAPITAN

CAPÍTULO XV

Tratamiento de las flebitis, POR EDGARD HIRTZ

I.—DE LAS FLEBITIS EN GENERAL

II.—TRATAMIENTO DE LAS FLEBITIS EN PARTICULAR

CAPÍTULO XVI

Tratamiento de las varices, POR A. RICARD

CAPÍTULO XVII

Tratamiento de las hemorroides, POR A. MOSSÉ

TOMO QUINTO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE SUS ANEXOS

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades del aparato digestivo, POR P. SPILLMANN

CAPÍTULO II

Tratamiento de la estomatitis, POR J. SCHMITT

CAPÍTULO III

Tratamiento de la periodontitis expulsiva ó gingivitis expulsiva, POR A. HUGENSCHMIDT

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la odontalgia y de la osteoperiostitis alvéolo-dentaria
POR A. HUGENSCHMIDT

CAPÍTULO V

Tratamiento de las faringitis agudas, POR A. HUGENSCHMIDT

CAPÍTULO VI

Tratamiento de las faringitis crónicas, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO VII

Tratamiento de las amigdalitis crónicas, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de las neurosis de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO IX

Tratamiento de los cuerpos extraños de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO X

Tratamiento de los tumores de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO XI

Tratamiento de la sífilis de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO XII

Tratamiento de la tuberculosis de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de los traumatismos de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de las enfermedades del esófago, POR ALBERTO JOSÍAS

CAPÍTULO XV

Tratamiento de la indigestión, POR G. LEMOINE

CAPÍTULO XVI

Tratamiento del empacho gástrico, POR G. LEMOINE

CAPÍTULO XVII

Tratamiento de las dispepsias, POR ALBERTO ROBIN

CAPÍTULO XVIII

Tratamiento de las gastritis, POR G. LEMOINE

CAPÍTULO XIX

Tratamiento de la dilatación del estómago, POR P. MUSELIER

CAPÍTULO XX

Tratamiento de la úlcera simple del estómago y del duodeno, POR J. BUCQUOY

I. — ULCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO

II.—ULCERA SIMPLE DEL DUODENO

CAPÍTULO XXI

Tratamiento del cáncer del estómago, POR P. MUSELIER

CAPÍTULO XXII

Tratamiento de la hematemesis, POR P. MUSELIER

CAPÍTULO XXIII

Tratamiento del vómito, POR G. ÉTIENNE

CAPÍTULO XXIV

Tratamiento de las enfermedades del páncreas, POR A. RÉMOND (de Metz)

CAPÍTULO XXV

Tratamiento de la dispepsia y de las diarreas en los niños, POR V. HUTINEL

CAPÍTULO XXVI

Tratamiento de la atrepsia, POR H. RICHARDIÈRE

CAPÍTULO XXVII

Tratamiento de la dispepsia intestinal, POR G. ÉTIENNE

CAPÍTULO XXVIII

Tratamiento de las enteritis y de la diarrea, POR G. ÉTIENNE

I. — TRATAMIENTO DE LAS ENTERITIS

II. — TRATAMIENTO DE LA DIARREA

CAPÍTULO XXIX

Tratamiento de la enteritis mucomembranosa, POR J. COMBY

CAPÍTULO XXX

Tratamiento de la diarrea, POR ALBERTO MATHIEU

CAPÍTULO XXXI

Tratamiento de la diarrea crónica de Cochinchina, POR EDUARDO BOINET

CAPÍTULO XXXII

Tratamiento de la disenteria, POR H. KELSCH

CAPÍTULO XXXIII

Tratamiento del estreñimiento, POR JULIO COMBY

CAPITULO XXXIV

Tratamiento de la oclusión intestinal, POR JULIO COMBY

CAPÍTULO XXXV

Tratamiento de la apendicitis, POR C. TALAMON

CAPÍTULO XXXVI

Tratamiento de las hemorragias intestinales, POR A. MOSSÉ

CAPÍTULO XXXVII

Tratamiento de la helmintiasis intestinal, POR A. MOSSÉ

I. — HELMINTOS EN FORMA DE CINTA

II.—GUSANOS NEMATODES

CAPÍTULO XXXVIII

Tratamiento de los tumores y del cáncer del intestino, POR A. MOSSÉ

CAPÍTULO XXXIX

Indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas en las afecciones médicas del estómago
POR F. VERCHÈRE

CAPÍTULO XL

Nociones de patología é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades del hígado, POR J. TEISSIER

CAPÍTULO XLI

Tratamiento de la congestión del hígado, POR EDUARDO BOINET

CAPÍTULO XLII

Tratamiento de las ictericias benignas, POR EDUARDO BOINET

CAPÍTULO XLIII

Tratamiento de las ictericias graves, POR V. THEVENET

CAPÍTULO XLIV

Tratamiento de la ictericia de los recién nacidos, POR E. WEILL

CAPÍTULO XLV

Tratamiento de las degeneraciones hepáticas, POR CH. ACHARD

CAPÍTULO XLVI

Tratamiento de la tuberculosis del hígado, POR CH. ACHARD

CAPÍTULO XLVII

Tratamiento del cáncer del hígado, POR CH. ACHARD

CAPÍTULO XLVIII

Tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado, POR CH. ACHARD

CAPÍTULO XLIX

Tratamiento de las cirrosis, POR ARMANDO SIREDEY

CAPÍTULO L

Tratamiento de la litiasis biliar, POR A. CHAUFFARD

CAPÍTULO LI

Tratamiento de la peritonitis aguda, POR P. HAUSHALTER

CAPITULO LII

Tratamiento de las peritonitis tuberculosa y cancerosa, POR P. HAUSHALTER

I. — PERITONITIS TUBERCULOSA

II. — PERITONITIS CANCEROSA

CAPÍTULO LIII

Tratamiento de la ascitis, POR C. GIRAUDEAU

TOMO SEXTO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades del sistema nervioso, POR A. JOFFROY Y CH. ACHARD

CAPÍTULO II

Tratamiento de las meningitis agudas, POR J. GRASSET

CAPÍTULO III

Tratamiento de la meningitis tuberculosa, POR E. WEILL

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la hidrocefalia, POR E. WEILL

CAPÍTULO V

Tratamiento de la anemia cerebral, POR A. MOSSÉ

CAPITULO VI

Tratamiento de la congestión cerebral, POR A. MOSSÉ

CAPÍTULO VII

Tratamiento de la hemorragia cerebral, POR J. GRASSET

CAPÍTULO VIII

Tratamiento del reblandecimiento cerebral, POR J. GRASSET

CAPÍTULO IX

Tratamiento de la encefalitis aguda y de los abscesos del cerebro, POR E. ESTOR

CAPÍTULO X

Tratamiento de las esclerosis cerebrales de la infancia, POR M. LANNOIS

CAPÍTULO XI

Tratamiento de la apoplejía, POR J. GRASSET

CAPÍTULO XII

Tratamiento de la afasia, POR J. GRASSET

CAPÍTULO XIII

Tratamiento del coma, POR J. GRASSET

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de la hemiplegia, POR P. MARIÉ

CAPÍTULO XV

Tratamiento de la hemiplegia cerebral infantil, POR E. WEILL

CAPÍTULO XVI

Tratamiento de las afecciones del cerebelo, POR J. AUDRY

CAPÍTULO XVII

Tratamiento de las afecciones del bulbo, POR J. AUDRY

CAPÍTULO XVIII

Tratamiento de las lesiones de la protuberancia, POR J. AUDRY

CAPÍTULO XIX

Tratamiento de los vértigos, POR E. WEILL

CAPÍTULO XX

Tratamiento de la enfermedad de Little, POR E. WEILL

CAPÍTULO XXI

Tratamiento de las meningitis espinales, POR G. RAUZIER

I. — MENINGITIS ESPINALES AGUDAS

II. — MENINGITIS ESPINALES CRÓNICAS

CAPÍTULO XXII

Tratamiento de la compresión de la médula, POR E. ESTOR y G. RAUZIER

CAPÍTULO XXIII

Tratamiento de las mielitis agudas, POR G. RAUZIER

CAPÍTULO XXIV

Tratamiento de las poliomielitis, POR G. RAUZIER

CAPÍTULO XXV

Tratamiento de la tabes, POR G. RAUZIER

CAPÍTULO XXVI

Tratamiento de la enfermedad de Friedreich, POR G. RAUZIER

CAPÍTULO XXVII

Tratamiento de la esclerosis en placas, POR HENRY MEIGE

CAPÍTULO XXVIII

Tratamiento de la siringomielia, POR G. RAUZIER

CAPÍTULO XXIX

Tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica, POR G. RAUZIER

CAPÍTULO XXX

Tratamiento de la parálisis infantil, POR E. WEILL

CAPÍTULO XXXI

Tratamiento de la miopatia primitiva progresiva, POR E. HUET

CAPÍTULO XXXII

Tratamiento de la enfermedad de Thompsen, POR E. HUET

CAPÍTULO XXXIII

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales acerca de las neurosis
POR GILBERTO BALLET

CAPÍTULO XXXIV

Tratamiento de la epilepsia, POR CH. FÉRÉ

CAPÍTULO XXXV

Tratamiento de la epilepsia parcial, POR A. PITRES

CAPÍTULO XXXVI

Tratamiento del histerismo, POR GILLES DE LA TOURETTE

CAPÍTULO XXXVII

Tratamiento psicológico del histerismo, POR PEDRO JANET

CAPÍTULO XXXVIII

Tratamiento de las convulsiones de la infancia, POR H. RICHARDIERE

CAPÍTULO XXXIX

Tratamiento de la neurastenia, POR E. BRISSAUD

CAPÍTULO XL

Tratamiento de la enfermedad de Parkinson (parálisis agitante), POR HRNRY MEIGE

CAPÍTULO XLI

Tratamiento de las coreas aritmicas, POR M. LANNOIS

CAPÍTULO XLII

Tratamiento de las mioclonias, POR M. LANNOIS

CAPÍTULO XLIII

Tratamiento de las neurosis periféricas (asfixia local de las extremidades eritromelalgia, acroparestesia de Schultze), POR L. BEAUMEL

I.—ASFIXIA LOCAL DE LAS EXTREMIDADES

II.—ERITROMELALGIA

III.—ACROPARESTESIA DE SCHULTZE

CAPÍTULO XLIV

Tratamiento de las jaquecas, POR EDGARD HIRTZ

CAPÍTULO XLV

Tratamiento de la acromegalia (enfermedad de P. Maire), POR G. SARDA

CAPÍTULO XLVI

Tratamiento de las polineuritis, POR P. MARIE

CAPÍTULO XLVII

Tratamiento de las neuralgias, POR L. BEAUMEL

CAPÍTULO XLVIII

Tratamiento de los terrores nocturnos, POR J. COMBY

CAPÍTULO XLIX

Tratamiento de la incontinencia nocturna de orina, POR J. COMBY

CAPÍTULO L

Tratamiento de la espermatorrea, POR J. COMBY

CAPÍTULO LI

Tratamiento del onanismo, POR J. COMBY

CAPÍTULO LII

Tratamiento del reumatismo crónico, POR P. BOURCY

TOMO SÉPTIMO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades de la piel, POR H. HALLOPEAU

CAPÍTULO II

Tratamiento de los eritemas, POR E. GAUCHER Y C. BARBE

CAPÍTULO III

Tratamiento de las pitiriasis, POR H. HALLOPEAU

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la urticaria, POR E. GAUCHER Y C. BARBE

CAPÍTULO V

Tratamiento de las púrpuras, POR P. AUBERT

CAPÍTULO VI

Tratamiento del herpes, POR R. DU CASTEL

CAPÍTULO VII

Tratamiento del pénfigo, POR H. HALLOPEAU

CAPÍTULO VIII

Tratamiento del eczema, POR ERNESTO BESNIER

I. — RESUMEN NOSOGRAFICO Y NOSOLÓGICO

II. — TRATAMIENTO INTERNO DEL ECZEMA

III. — TRATAMIENTO EXTERNO DEL ECZEMA

IV. — TRATAMIENTO ESPECIAL DEL ECZEMA DE LAS DIVERSAS REGIONES

CAPÍTULO IX

Tratamiento del impétigo, POR L. BROCQ

CAPÍTULO X

Tratamiento del ectima, POR L. BROCQ

CAPÍTULO XI

Tratamiento de la psoriasis, POR ERNESTO BESNIER

I. — RESUMEN NOSOGRAFICO Y NOSOLÓGICO

II. — TRATAMIENTO INTERNO DE LA PSORIASIS

III.—TRATAMIENTO EXTERNO DE LA PSORIASIS

IV.—TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS SEGÚN LAS REGIONES
TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS ARTROPATICA

CAPÍTULO XII

Tratamiento de los líquenes, POR E. GAUCHER Y C. BARBE

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de los pruritos y de los prurigos, POR R. DU CASTEL

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de las dermatitis exfoliantes, POR E. LEREDDE

CAPÍTULO XV

Tratamiento de los acnés, POR H. HALLOPEAU

CAPÍTULO XVI

Tratamiento del molluscum, POR P. AUBERT

CAPÍTULO XVII

Tratamiento de la furunculosis y del ántrax, POR ALBERTO ROBIN Y E. LEREDDE

CAPÍTULO XVIII

Tratamiento de los trastornos de la secreción del sudor, POR R. DU CASTEL

CAPÍTULO XIX

Tratamiento de las alopecias, POR L. BROCQ Y R. SABOURAUD

I.—ALOPECIAS EN GENERAL Y SEBORREAS
POR L. BROCQ

II. — TRATAMIENTO DE LA PELADA
POR R. SABOURAUD

CAPÍTULO XX

Tratamiento de la hipertricosis, POR R. DU CASTEL

CAPÍTULO XXI

Tratamiento del lentigo, POR W. DUBREUILH

CAPÍTULO XXII

Tratamiento de los nevos, POR E. GAUCHER Y C. BARBE

CAPÍTULO XXIII

Tratamiento de la ictiosis, POR W. DUBREUILH

CAPÍTULO XXIV

Tratamiento de las verrugas, POR R. DU CASTEL

CAPÍTULO XXV

Tratamiento de la esclerodermia, POR W. DUBREUILH

CAPÍTULO XXVI

Tratamiento de la elefantiasis, POR W. DUBREUILH

CAPÍTULO XXVII

Tratamiento del xantoma, POR P. AUBERT

CAPÍTULO XXVIII

Tratamiento de la micosis fungoide, POR R. DU CASTEL

CAPÍTULO XXIX

Tratamiento del epitelioma cutáneo ó cancroide, POR E. GAUCHER Y C. BARBE

CAPÍTULO XXX

Tratamiento del xeroderma pigmentosum, POR R. DU CASTEL

CAPÍTULO XXXI

Tratamiento del lupus, POR H. LELOIR

CAPÍTULO XXXII

Tratamiento del favus, POR W. DUBREUILH

CAPÍTULO XXXIII

Tratamiento de la pelada, POR W. DUBREUILH

CAPÍTULO XXXIV

Tratamiento de las tricofitias, POR W. DUBREUILH

CAPÍTULO XXXV

Tratamiento del eritrasma, POR W. DUBREUILH

CAPÍTULO XXXVI

Tratamiento de la pitiriasis versicolor, POR W. DUBREUILH

CAPÍTULO XXXVII

Tratamiento de la ptiriasis y de las picadas de pulgas y chinches, POR P. AUBERT

CAPÍTULO XXXVIII

Tratamiento de la sarna, POR H. HALLOPEAU

CAPÍTULO XXXIX

Tratamiento de la pelagra, POR GAUCHER Y C. BARBE

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales de las enfermedades mentales, POR V. MAGNAN Y A. PÉCHARMAN

CAPÍTULO II

Tratamiento de la paranoia aguda ó delirio sistemático agudo, POR PH. CHASLIN

CAPÍTULO III

Tratamiento del delirio alucinatorio, POR PH. CHASLIN

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la confusión mental primitiva idiopática, POR PH. CHASLIN

CAPÍTULO V

Tratamiento de la parálisis general, POR A. MAIRET

CAPÍTULO VI

Tratamiento de los estados maniacos, POR E. BLIN

CAPÍTULO VII

Tratamiento de los delirios de persecución, POR V. MAGNAN Y A. PÉCHARMAN

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de la melancolía, POR ANT. RITTI

CAPÍTULO IX

Tratamiento de la locura intermitente, POR V. MAGNAN Y A. PÉCHARMAN

CAPÍTULO X

Tratamiento de la demencia, POR E. BLIN

CAPÍTULO XI

Tratamiento del idiotismo, POR PAUL SOLLIER

TOMO OCTAVO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA MUJER DEL OÍDO Y DE LOS OJOS

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LA MUJER

(GINECOLOGÍA MÉDICA)

POR ALBERTO ROBIN Y PABLO DALCHÉ

PRIMERA PARTE

FALSAS UTERINAS

CAPÍTULO PRIMERO

Etiología y patogenia generales de las falsas uterinas

CAPÍTULO II

Falsas uterinas y afecciones de las vías digestivas

CAPÍTULO III

Falsas uterinas y afecciones del hígado

CAPÍTULO IV

Falsas uterinas y afecciones del aparato circulatorio

CAPÍTULO V

Falsas uterinas y afecciones del riñón

CAPÍTULO VI

Falsas uterinas y afecciones del sistema nervioso

CAPÍTULO VII

Falsas uterinas y afecciones artríticas

CAPÍTULO VIII

Falsas uterinas y enfermedades infecciosas y tóxicas

SEGUNDA PARTE

FALSAS UTERINAS

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

CAPÍTULO PRIMERO

Indicaciones generales del diagnóstico de las falsas uterinas

CAPÍTULO II

Indicaciones generales del tratamiento de las falsas uterinas

---

TERCERA PARTE

LA MENSTRUACIÓN Y SUS ACCIDENTES

HIGIENE Y TERAPÉUTICA

CAPÍTULO PRIMERO

La pubertad en la mujer

CAPÍTULO II

Tratamiento de la amenorrea y de la dismenorrea

CAPÍTULO III

CAPÍTULO IV

Tratamiento de las metrorragias

CAPÍTULO V

De la menopausia

CUARTA PARTE

TERAPÉUTICA MÉDICA DE LAS ENFERMEDADES DE LAS MUJERES

CAPÍTULO PRIMERO

Tratamiento médico de las enfermedades de la vulva y de la vagina

CAPÍTULO II

Tratamiento médico de la congestión uterina

CAPÍTULO III

Tratamiento médico de la metritis

CAPÍTULO IV

Tratamiento de las dislocaciones y de las desviaciones de la matriz

CAPÍTULO V

Tratamiento médico de los fibromas

CAPÍTULO VI

Tratamiento médico del cáncer del útero

CAPÍTULO VII

Tratamiento médico de las flegmasías periuterinas

CAPÍTULO VIII

Algunas aplicaciones del agua en ginecología

QUINTA PARTE

TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LAS ENFERMEDADES DE LA MUJER

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL OÍDO

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades del oído, POR E. MÉNIÈRE

CAPÍTULO II

Terapéutica general de las afecciones del oido, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO III

Tratamiento de las deformidades y vicios de conformación del pabellón de la oreja y del conducto auditivo externo, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO IV

Tratamiento de las lesiones traumáticas del pabellón y del conducto auditivo externo POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO V

Tratamiento de los cuerpos extraños del oido, POR F. LUBET-BARBON

CAPÍTULO VI

Tratamiento de las enfermedades del pabellón de la oreja, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO VII

Tratamiento de las inflamaciones y de las diversas enfermedades del conducto auditivo externo, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de las enfermedades del timpano, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO IX

Tratamiento de la otitis media aguda simple no supurativa, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO X

Tratamiento de la otitis aguda flemonosa supurativa, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO XI

Tratamiento de la supuración crónica del oido (otorrea), POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO XII

Tratamiento de la obstrucción de las trompas de Eustaquio, POR F. LUBET-BARBON

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de la otitis crónica no supurativa, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de la esclerosis del oído medio, POR M. E. GELLÉ

CAPÍTULO XV

Tratamiento de las enfermedades del oído interno, POR M. E. GELLÉ

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones de patología é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades de los ojos, POR PH. PANAS

CAPÍTULO II

Tratamiento de las inflamaciones de los párpados, POR E. VALUDE

CAPÍTULO III

Tratamiento de los tumores de los párpados, POR E. VALUDE

CAPÍTULO IV

Tratamiento de las desviaciones y deformaciones de los párpados, POR E. VALUDE

CAPÍTULO V

Tratamiento de las enfermedades del aparato lagrimal, POR E. VALUDE

CAPÍTULO VI

Tratamiento de las afecciones de la órbita, POR E. VALUDE

CAPÍTULO VII

Tratamiento del estrabismo, POR H. PIRANAUD

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de las enfermedades de la conjuntiva, POR E. KALT

CAPÍTULO IX

Tratamiento de las enfermedades de la córnea, POR E. KALT

CAPÍTULO X

Tratamiento de las enfermedades de la esclerótica, POR E. KALT

CAPÍTULO XI

Tratamiento de las enfermedades del iris, POR E. KALT

CAPÍTULO XII

Tratamiento de las enfermedades del cristalino, POR E. KALT

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de las enfermedades del cuerpo vitreo, POR A. CHEVALLEREAU

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de las enfermedades de la coroides, POR A. CHEVALLEREAU

CAPÍTULO XV

Tratamiento de las enfermedades del nervio óptico, POR A. CHEVALLEREAU

CAPÍTULO XVI

Tratamiento de las enfermedades de la retina, POR A. CHEVALLEREAU

CAPÍTULO XVII

Tratamiento de los defectos ó vicios de refracción, POR A. CHEVALLEREAU

CAPÍTULO XVIII

Tratamiento del glaucoma, POR A. CHEVALLEREAU

CAPÍTULO XIX

Tratamiento de las parálisis musculares, POR A. CHEVALLEREAU

615

A. ROBIN

TRATADO
DE
TERAPÉUTICA
APLICADA

TOMO 8