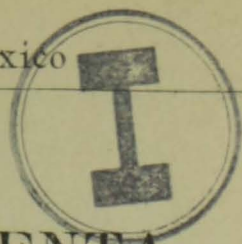


Facultad de Medicina de México



OFTALMIA PURULENTA

EN LOS

RECIEN-NACIDOS.

Bacteriología y Tratamiento.

PRUEBA

Escrita

que para el examen general de Medicina, Cirujía y Obstetricia presenta el alumno

NICOLAS GUEROLA.



BIOLOGIA

MEXICO.

IMPRESA, LITOGRAFIA Y ENCUADERNACIÓN DE I. PAZ.
SEGUNDA CALLE DEL RELOX NUM. 4.

1900.

9 - 3 - 19



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



BIOLOGIA

A mi adorada Madre.





INSPIRADO por el Doctor M. Uribe y Troncozo, reu-
no en este pequeño trabajo investigaciones bacteriológicas
y observaciones clínicas personales. Recogidas las primeras
en el Museo Anatómo-Patológico en la Sección de Bacte-
riología, aconsejado y dirigido por los distinguidos bacterió-
logos Doctores Ismael Prieto y Antonio Carbajal, y las se-
gundas en la Clínica Oftalmológica de la Facultad bajo la
dirección de los eminentes oculistas A. Chacón y E. Mon-
taño. Me es sumamente satisfactorio manifestarles mi gra-
titud por la buena voluntad con que me ayudaron en este
trabajo, sin la cual hubiera sido infructuoso.

EL AUTOR.



BACTERIOLOGIA.

La mayoría de los autores consideran como agente *la* ~~pt~~otogeno de la enfermedad que me ocupa, el gonococo de Neisser; pero muchos creen también que puede ser engendrada por otros micro-organismos. En la Sociedad Oftalmológica D'Heidelberg, sesión del mes de Agosto de 1898, Grenouw de Brelau en cuarenta casos de conjuntivitis de los recién-nacidos, dijo haber encontrado catorce veces el gonococo, cinco veces el neumococo, tres veces el bacterium coli y una vez el estafilococo dorado. Encontró el gonococo comunmente asociado á otros micro-organismos, el neumococo producía el aspecto clínico de una conjuntivitis catarral, el bacterium coli el de una conjuntivitis igualmente catarral ó blenorragica. En un tercio de los casos el examen bacteriológico le dió resultados ambiguos.

Axenfeld, Schmidt Rimpler, Bach, Uhthoff, Franke, etc., opinan que puede haber blenorrea en el recién-nacido sin ser engendrada por el gonococo y sí por otros micro-organismos.

Leber, Herschberg, M. von Hippel, etc., por el contrario siempre han encontrado el gonococo en la oftalmoblenorrea del recién-nacido, y cuando se encuentran otros micro-organismos, se trata de formas complicadas.

En el 3er. Congreso Médico Nacional, celebrado en Guadalajara en Julio de 1897, en la sección de Enfermedades de los Niños, entre las diferentes cuestiones inscritas se encontraba la siguiente ¿La oftalmía purulenta en los recién-nacidos es siempre debida al gonococo?

Existiendo dudas sobre el agente patogeno de esta enfermedad, nació en mi mente la idea de contribuir al estudio de esta interesante cuestión, analizando desde el punto de vista bacteriológico la secreción en todos los casos de oftalmía que se presentaran en la Clínica Oftalmológica de la Facultad.

No hubiera emprendido este estudio fuera de mis aptitudes, si no hubiese contado con los sabios consejos, vasta ilustración y ayuda eficaz del distinguido bacteriólogo Doctor Ismael Prieto, jefe en esa época de la sección de bacteriología en el Museo Anatomo-Patológico.

En cuarenta casos que pude recoger, y de los cuales solamente veinticinco consigno en este trabajo (por ser los únicos que llegaron á mis manos, vírgenes de tratamiento) encontré en todos ellos siempre el gonococo de Neisser. En la observación sexta, además del gonococo que existía en abundancia, pude observar en algunas preparaciones uno que otro Neumobacilo de Friendlænder. En la observación novena encontré gonococos y neomococus tan abundantes unos como los otros; en su aspecto clínico este caso en nada se distinguía de los demás, en los cuales sólo observé gonococus. En las quince observaciones que no consigno, encontramos en todas siempre el gonococo y en dos casos asociado en uno al neumococo y estafiloco, y en otro solamente al estafilococo.

Jamás se observa el gonococo formando cadenitas, ha-

bitualmente reviste la forma diplococcica ó de enjambres extra é intracelulares cuando la secreción es abundante como en la oftalmia; cuando la enfermedad está próxima á ceder los enjambres por lo regular son intracelulares únicamente, por lo tanto no debe dársele la importancia que durante mucho tiempo algunos médicos le señalaban de estar el gonococo incluido frecuentemente en las células. Cada uno de los elementos microbianos estudiado aisladamente es enteramente asimétrico, uno de los diámetros es mayor que el otro, en vez de una esfera completa tiene la forma de un frijol, de un riñón, etc., el gonococo de Neisser es móbil posee tres movimientos, traslación, oscilación y rotación.

El gonococo posee gran afinidad por los colores básicos de anilina se impregna de ellos intensamente y con suma rapidez. Recomiendo especialmente la azafranina ó el método de Pick—Jacobson, cuando en las mismas preparaciones no se quiera emplear el método de Gram; con esos reactivos colorantes se obtienen preparaciones verdaderamente bellas. El líquido de Pick Jacobson se compone de agua dest. gr. 10—Rojo de Ziehl gts. 8—Solución alcohólica saturada de azul de metileno gts. 4—Este reactivo se descompone con suma facilidad y por lo tanto debe prepararse momentos antes de emplearse; por término medio debe permanecer en contacto $1/2$ minuto con el pus extendido y fijado ya en la lámina, después se lava con agua y se monta. El gonococo se tiñe en azul casi negro, si existen otros microorganismos estos se tiñen en azul mucho más pálido; el núcleo de las células epiteliales y de los leucocitos se tiñe en rosa y el protoplasma en azul.

El método de Gram presta grandes servicios en el diag-

nóstico diferencial del gonococo, este microorganismo se decolora, entera y casi instantaneamente, la decoloración no debe prolongarse más de $\frac{1}{2}$ minuto.

Es difícil obtener cultivos del gonococo; generalmente se obtienen á la temperatura de 33 á 37° en suero de sangre humana, en gelatina—peptona, en gelosa—peptonizada; las colonias son poco abundantes, dotadas de poca vitalidad, difíciles de conservar y multiplicar puesto que la mayoría de ellas llegan á ser estériles á la 4^a generación.

El diagnóstico del gonococo es relativamente fácil y tanto más rápido cuanto que solamente puede establecerse gracias al examen microscópico previa coloración; los cultivos siendo siempre laboriosos y frecuentemente inciertos.

Se reconoce al microscopio el gonococo si se comprueba simultáneamente, la asimetría neta de cada uno de los elementos diplocócicos, su disposición en verdaderos enjambres extra ó intracelulares, su coloración rápida regular y muy intensa por los colores básicos de anilina y su decoloración por el método de Gram, cuando tratados de la misma manera los estafilococus y neumococus quedan perfectamente coloridos.

El resultado obtenido por el examen bacteriológico de la secreción en todos los casos de oftalmía purulenta en que lo he practicado, tiende á demostrar que el gonococo de Neisser es siempre el agente patógeno de esta enfermedad; lo que no puedo definitivamente asegurar por el limitado número de observaciones.

TRATAMIENTO.

Nitrato de Plata.—Aunque diversos tratamientos han sido recomendados con el objeto de combatir la enfermedad que me ocupa, tales como irrigaciones cuotidianas con solución al 1 por 1,000 de nitrato de plata (Burchardt), grandes lavados con permanganato de cal (Pflüger), agua salicilada (Wecker y Landolf.)—El aceptado por la mayoría de los oculistas, el considerado específico, clásico de esta enfermedad, consiste en tocar la conjuntiva una ó dos veces al día según la gravedad de los casos, con un pincel (1) impregnado de solución al 2 ó 3 p 3 de nitrato de plata, neutralizando el exceso con solución de cloruro de sodio. En el intervalo de las cauterizaciones lavatorios tan frecuentes como sea posible; por término medio, cuatro ó cinco veces al día, con cualquiera solución antiséptica, empleándose comunmente el permanganato de potasio al 1 p 3 ó 4, 000.

13 Para que este tratamiento sumamente doloroso sea eficaz, para obtener de él los resultados que se desean, debe ser riguroso en su aplicación, debe el médico tener presentes ciertas precauciones, entre las cuales la principal, es evitar que el cáustico toque la cornea destruyendo su revestimiento epitelial, permitiendo entonces á los elementos sépticos de la supuración, infiltrarse en su espesor determinando lesiones más ó menos irremediabiles que

[1) En las clínicas y consultorios públicos es costumbre usar en vez del pincel un fragmento de algodón enrollado en la extremidad de tres popotes, utilizándolo solamente una vez para cada ojo.

constituyen en realidad la gravedad de la oftalmía.— Es indispensable evitar también que el pus permanezca alojado algún tiempo en los sacos conjuntivales, puesto que las alteraciones corneanas, reconocen también por causa, el estar el ojo continuamente sumergido en este baño de pus; y es de rigor llevar la acción del caústico en toda la extensión de la conjuntiva palpebral particularmente en el fondo de saco superior así como neutralizar el excedente.

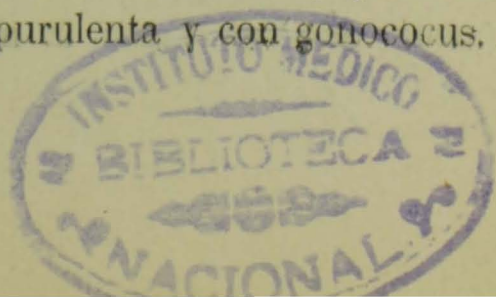
Estas condiciones que jamás debe olvidar el encargado de velar por los ojos de un bebé, son fáciles de evitar unas y de llenar otra, siguiendo la técnica siguiente después de haber lavado el exterior de los párpados, bordes palpebrales y pestañas con la solución antiséptica preferida, se separan los párpados, se lava la conjuntiva tan perfectamente como sea posible; de tal manera que no quede ni la más pequeña cantidad de pus ni los filamentos que en algunos casos se alojan en los fondos de saco, se separan los párpados con el índice y pulgar de la mano izquierda. Procediendo así los párpados se invierten y se tienen á la vista las conjuntivas palpebrales en toda su extensión, se aproximan entonces los dedos lo suficiente hasta que las conjuntivas de los párpados superior é inferior se pongan en contacto, para evitar así que el caústico altere la cornea; en estas condiciones se pasa el pincel impregnado de nitrato de plata sobre las dos superficies conjuntivales á la vista. Pocos momentos después se neutraliza el excedente pasando otro pincel impregnado de agua salada. Es prudente, como aconseja Füchs, no hacer estas cauterizaciones en la noche, pues quedando los párpados cerrados después de la cauterización, toda la

secreción quedaría durante el sueño en el fondo de saco conjuntival, aumentando la irritación. Finalmente, en el intervalo de las cauterizaciones y para evitar la permanencia dañosa del pus en el ojo, lavar éste por término medio cuatro ó cinco veces al día con la solución antiséptica escogida.

Por ningún motivo se prescribirá el nitrato de plata en instilaciones como he tenido oportunidad de observar varias veces, pues el médico que así lo use será responsable de las alteraciones corneanas que se presenten en el curso del tratamiento.

Los resultados de este tratamiento son muy conocidos de todos; generalmente se obtiene la curación completa con resultados felices en la segunda ó tercera semana, por lo regular al final de la tercera; pero hay casos en que á pesar de haber sido aplicado el tratamiento con toda exactitud, la enfermedad pasa al estado crónico ó se producen alteraciones corneanas, explicables ya por la virulencia extraordinaria del agente patogeno, ya por una susceptibilidad especial del organismo, ó por que el medicamento sea incapaz de impedir estas complicaciones, casos que si no son muy frecuentes cuando el tratamiento es oportuno, tampoco es raro observarlos.

Mis doce primeras observaciones me fueron suficientes para juzgar del valor terapéutico del protargol, comparativamente al del nitrato de plata. Los resultados que obtuve con este último medicamento, fueron los siguientes. En la 1^a observación á los once días de tratamiento la enfermedad poco se había modificado. En la 2^a á los trece días de tratamiento algo se había modificado, pero la secreción era aún abundante, purulenta y con gonococcus.



En la 3^a, á los 18 días de tratamiento la secreción era aún purulenta y contenía gonococci. En la 4^a, á los 17 días de tratamiento existía aún secreción purulenta.

En el resto de las observaciones en que usé el nitrato de plata, obtuve la curación en 17 días en un caso, observación octava; en 19 días en dos casos, observaciones séptima y décima; en 20 días en dos casos, observaciones séxta y novena; en 21 días en tres casos, observaciones quinta, undécima y duodécima.

Tal era la terapéutica de la oftalmía purulenta, hasta que la fábrica Bayer de Elberfeld; dió á conocer ciertos productos de base de plata (Argentamina, Ictrol, Actol, etc.) que fueron ensayados en Oftalmología por Darier, con motivo de una comunicación de Neisser; bien pronto este notable oculista observó que algunos de ellos presentaban reales ventajas sobre el nitrato de plata, particularmente el protargol. Aconsejado por el Dr. Manuel Uribe oculista de grandes esperanzas, me propuse experimentar el protargol en la Clínica Oftalmológica de la Facultad. Mi solicitud fué acogida con gusto por los distinguidos Doctores A. Chacón y Montaña, los resultados que obtuve con este nuevo medicamento se encuentran consignados en la siguiente parte de este trabajo.

Proteinato de plata:—El protargol descubierto por el Doctor Eichengrün y fabricado por la casa Bayer de Elberfeld, es una combinación de proteína y plata; se obtiene bajo la forma de un polvo fino, moreno muy claro, inodoro, de sabor estíptico, insoluble en el alcohol y el éter, muy soluble en suero sanguíneo, agua albuminosa, caldo y glicerina, contiene 8, 3 $\frac{2}{3}$ de plata, soluble en agua fría que puede disolver hasta la mitad de su peso, formando

soluciones muy transparentes de un color moreno más ó menos obscuro según su concentración. La solución á 5 p ∞ es de un moreno claro; á 50 p ∞ (1) (Agua dest. gr. 10.00 protargol gr. 5. 00) es de un moreno obscuro casi negro y de consistencia mucilaginosa. El protargol es una combinación estable, sus soluciones no son reducidas por la luz, aunque algo las altera, y por lo cual debe conservarse en frascos oscuros, ni precipitadas por los alcalinos, sulfuros, las albuminas, ni por la cocaina ni los diferentes anestésicos la eucaina, holocaina, tropocaina (hecho que como dice con mucha razón Darier abre nuevos horizontes á la terapéutica de las afecciones conjuntivales) adicionadas de una solución concentrada de cloruro de sódio, presentan un precipitado no de cloruro de plata, sino de protargol, no modificado que se disuelve facilmente agregando agua.

El cloruro de sódio contenido en las lágrimas no le altera en lo más mínimo, al contrario, el protargol encuentra en este líquido orgánico un medio eminentemente favorable para disolverse, en virtud de su propiedad química de ser soluble facilmente en los líquidos albuminosos, recordaremos que la composición de las lágrimas es:

Agua.	98, 223 p. 100
Cloruro de sódio.	1, 257
Albumina.	0, 504
Partes salinas.	0, 016
Materias grasas	güellas <i>1/2</i>

En la piel intacta el polvo de protargol nada produce su solución acuosa forma al secarse una película amarilla

(1) En realidad esta solución está al 33 p ∞ .

más ó menos obscura según el título de la solución, película que se desprende facilmente por la raspa y produce cuando se le deja cierto tiempo una coloración amarillo-obscura de la epidermis bastante persistente.

En la piel desnuda y en las mucosas, el polvo y la solución de protargol determinan un ardor ligero que desaparece después de algunos segundos.

La solución á 5 p ∞ en la mucosa conjuntival es indolora, á 10 p ∞ , para algunos enfermos lo es también, en otros produce un ligero ardor que desaparece al cabo de un minuto, á 50 p ∞ que ha sido la solución que con más frecuencia he usado, produce un dolor más ó menos vivo que dura cuando más un cuarto de hora, pero que de ninguna manera es comparable al producido por el nítrato de plata á 2 ó 3 p ∞ que hace sufrir al enfermo durante algunas horas.

Benario y Sœffer han determinado el poder penetrante del protargol; el primero sirviéndose de tubos conteniendo gelatina ó agar coagulado horizontalmente, en los cuales sembró por picadura cultivos de bacillus, cubre la superficie del agar con una ligera capa de solución de protargol al 0.5 p ∞ y después los lleva á la estufa. Al día siguiente comprobó fácilmente que en la picadura, el desarrollo tan solo había tenido lugar 12 ó 14 milímetros abajo de la superficie horizontal del agar y además que el cultivo desarrollado no era tan vivo como en otra probeta testigo, sembrada al mismo tiempo y de la misma manera.

Esta experiencia demuestra claramente, que la solución de protargol había penetrado no tan solo á la profundidad de 12 á 14 milímetros en la cual el desarrollo de los gér-

menes había sido impedido, sino en toda la masa del agar, puesto que el cultivo obtenido había sido menos vivo que en la probeta testigo.

Si en lugar de una solución, se coloca sobre la superficie del agar el protargol en polvo, este penetra más profundamente y con más intensidad en proporción con la edad del agar, y con la cantidad de agua de condensación y á menudo impide completamente toda vegetación.

El procedimiento de Sæffer consiste en practicar cortes de tejidos tratados por soluciones de nitrato de plata y de protargol, sumergidos los cortes en sulfhidrato de amoniaco se ve nétamente la infiltración negra de sulfuro de plata, ser superficial, en los cortes tratados por el nitrato, mientras que en los tratados por el protargol esta infiltración es cinco veces más profunda.

Depende esta diferencia de que el protargol no coagula la albúmina de los tejidos como el nitrato, y en consecuencia no hay obstáculo á su difusión en la profundidad de los tejidos.

En tubos de agar á los cuales se agrega protargol los microbios siguientes: prodigiosus, estafilococcus, piocianeus de la difteria y cólera permanecen estériles á una concentración de 1: 2,000 á 1: 10.000 ya no se interrumpe el desarrollo.

Siguiendo el procedimiento de Shæffer, Benario determinó que una solución de protargol á gr. 0 5 g . mata en 15 minutos un estafilococo en la sexta generación; en un cultivo recientemente sembrado fué muerto el mismo microbio á los 20 minutos por una solución á 2 g .

El bacilo de la fiebre tifoidea, bacterium coli, bacilo Siegel y gonococo mostraron menos resistencia que el esta-

filococo; en suspensión acuosa fueron muertos después de 5 á 7 minutos por una solución al 1 p ∞ ., en medios albuminosos en 3 minutos.

En caldo lo mismo que en suero se efectúa la desinfección para cada bacteria en menos tiempo que en agua esterilizada, propiedad que debe tenerse presente en la práctica, y usar en vez de soluciones con agua esterilizada soluciones en suero.

Haciendo ingerir á un conejo después de un ayuno de 24 horas 12 c. c. de protargol á 10 p ∞ ., el animal á los 4 días siguientes no presentó señal alguna de enfermedad y á la autopsia, ni en la mucosa del estómago, ni en la del esófago Benario encontró señales de inflamación ó cuarterización.

El mismo autor en el tratamiento de las heridas contusas y supuradas, ha obtenido por el empleo del proteinato en solución á 5 p ∞ . excelentes resultados, observados igualmente en las amigdalitis, con toques tres ó cuatro veces al día con un tapón de algodón impregnado de la solución de protargol.

Darier y Valençon han obtenido en un término de 3 á 5 días la curación radical de la conjuntivitis de Wecks, por el protargol al 20 p ∞ . en toques una vez al día y dos gotas tres veces al día de solución al 5 p ∞ . En la conjuntivitis de diplobacilo de Morax han obtenido mejores resultados con el sulfato de zinc y el ictiol 1 por 10. Las blefaro-conjuntivitis y las dacriocistitis son curadas frecuentemente las primeras por el protargol en pomada 1 por 10 las segundas por inyecciones á 5 ó 10 p ∞ .

Neisser de Breslau considera el protargol como un excelente antiblenorrágico.

Dosis y modo de empleo: La técnica que debe seguirse al aplicar el protargol, es enteramente la misma que he señalado para el nitrato de plata mas como el primer medicamento no altera la cornea ni produce esta descamación epitelial tan característica del nitrato de plata en virtud de su acción cáustica, es indiferente que el medicamento toque ó no esta membrana.

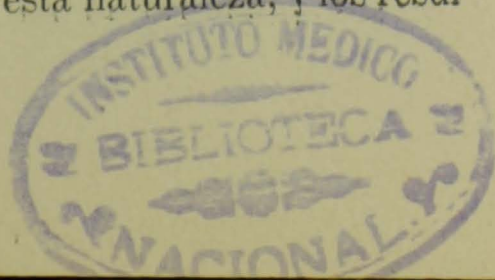
En la oftalmía purulenta del recién—nacido y más aún en la del adulto creo indicado usar únicamente para toques la solución á 50 p ∞ . (protargol gr. 5— agua dest. gr. 10) solamente en aquellos casos en que la oftalmía sea muy ligera ó que la solución á 33 p ∞ produzca reacción, podría usarse la solución á 20 p ∞ . pero jamás á una dosis menor, si se desea obtener buenos resultados y en poco tiempo.

Los toques deben practicarse por lo regular una vez cada 24 horas, salvo en los casos en que la enfermedad revista un carácter de suma gravedad, entonces se practicarán dos veces al día.

En el intervalo de los toques, es conveniente para prolongar la acción del medicamento usar el protargol en solución al 5 p ∞ ., dos gotas entre los parpados tres veces al día y lavatorios cada dos horas con ácido bórico al 4 p ∞ ., permanganato de potacio al 4,000 etc.

Aunque la enfermedad haya cedido, es prudente para evitar una recaída prolongar el uso del colirio al 5 p ∞ . durante cuatro ó cinco días.

La existencia de una úlcera en la cornea de ninguna manera contraindica el empleo del protargol ni debe disminuirse la dosis.—He tenido oportunidad de tratar muchas oftalmías con complicaciones de esta naturaleza, y los resul-



tados han sido excelentes. Recuerdo un caso que había sido tratado durante 15 días de una manera sumamente defectuosa con el nitrato de plata en gotas al 2 p ∞ . por un Farmacéutico de esta ciudad, caso en que había además de los síntomas propios de la enfermedad una infiltración blanca total en el ojo izquierdo, y en el derecho una úlcera que ocupaba casi toda la cornea, en cuyo fondo se veía como incrustada una verdadera placa de plata; bastaron ocho días de tratamiento con el protargol, para que desapareciera la enfermedad y la placa marchando la úlcera á la cicatrización.

Algunos autores opinan que los pacientes pueden curarse solos por medio de instilaciones. Creo imprudente confiar al enfermo el tratamiento de una oftalmia purulenta ó de una conjuntivis de Wecks, en virtud de que son enfermedades que en un momento cualquiera de su evolución, pueden presentarse complicaciones corneanas que necesitan el cuidado atento del médico.

Los resultados que he obtenido con este tratamiento tan poco doloroso, que presenta tantas ventajas y ningún inconveniente como veremos más tarde, han sido verdaderamente excelentes: he visto confirmados los resultados tan benéficos, rápidos y seguros que han obtenido Darier Valençon Lesshaft etc., como jamás se habían realizado con el nitrato de plata.—La hinchazón de la conjuntiva disminuye á simple vista, la secreción disminuye también notablemente y pierde completamente su carácter purulento. El enfermo cuyos parpados apenas podían separarse, abre los ojos al cabo de algunos días, en los casos tratados á tiempo no se produce inflamación en la cornea y cuando la inflamación existía antes del tratamiento, desaparece

pronto y generalmente no se extiende más.—He obtenido la curación completa en mis 25 observaciones que presento por término medio en 9 días, y no dudo que cualquier médico que emplee el protargol de la manera y á la dosis que recomiendo, quedará plenamente satisfecho del resultado.

No oculto que algunos autores como Valude, Despagnet, Abadie, Adelhein, Lawentiew etc hayan obtenido con el protargol resultados inferiores á los del nitrato, pero es debido á que lo emplean de una manera defectuosa y á dosis insuficientes.

Ventajas é Inconvenientes del Protargol y Nitrato de Plata

Las soluciones de nitrato de plata se descomponen con suma facilidad y rapidez á la luz, las de protargol sufren pocas modificaciones y pueden usarse mucho tiempo después de preparadas.

La aplicación del nitrato es excesivamente dolorosa, la del protargol aún á dosis elevada 50 p ∞ . es ligeramente dolorosa y esta sensación dura cuando más un cuarto de hora.

En contacto con las mucosas, las soluciones de nitrato producen un coágulo blanquisco debido á la precipitación de la albumina y formación de cloruro de plata. Si la solución es muy fuerte ó el contacto con los tejidos prolongado su aplicación es dolorosa, y seguida de la formación de una escara superficial que al eliminarse deja una ulcera-

ción. Las soluciones de protargol no son precipitadas por la albumina, no irritan ni alteran los tejidos con los cuales seponen en contacto, son absolutamente inofensivas y pueden emplearse aún á dosis elevada en polvo sin temor de complicaciones.

En las ulceraciones corneanas, el protargol jamás forma incrustaciones argénticas como el nitrato.

Las soluciones de nitrato son precipitadas por el cloruro de sodio de las lágrimas, las de protargol no lo son y en consecuencia pueden permanecer mucho tiempo en los fondos de saco conjuntivales conservando todas sus propiedades antisépticas.

Según Sœffer el protargol penetra cinco veces más profundamente que el nitrato en los tejidos. Ventaja de grandes resultados prácticos, puesto que los elementos parasitarios que provocan las reacciones inflamatorias de la conjuntiva no tan solo se encuentran en el epitelio y la capa inmediatamente subyacente, sino que penetran en la profundidad de la conjuntiva y algunas veces hasta el tejido sub-conjuntival. Esta acción es debida á que el protargol no coagula como el nitrato la albumina de los tejidos y no engendra así obstáculos á su infiltración profunda.

Según Neisser y Sœffer las soluciones de protargol poseen un poder antiséptico y bactericida superior á las soluciones correspondientes de nitrato de plata puesto que los microorganismos siguientes: *Prodigiosus*, *Estafilococcus Aureus*, *Piocianeus*, *Difteria*, *Colera* son matados más rápidamente por el protargol que por las otras sales de plata.

La acción bactericida del protargol es verdaderamente notable respecto del gonococo.

En ratones muertos de carbón el protargol produce según Neisser una desinfección del tejido enfermo mucho más activa que el nitrato en concentración clínicamente comparable.

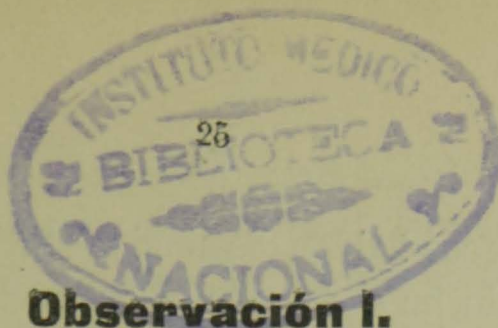
La acción bactericida notable del protargol respecto al gonococo se encuentra perfectamente demostrada por el hecho de que si antes de iniciarse el tratamiento se hacen preparaciones microscópicas del pus y se reservan para compararlas con otras preparaciones hechas después de cuatro ó cinco días de tratamiento, se nota entre ellas una diferencia muy notable en cuanto á la cantidad de gonococo que contiene una y otra preparación. Las observaciones núms. I, II, III, etc., y particularmente la VIII que fué observada por los eminentes Dres. Toussaint, Prieto y Chacón son muy demostrativas sobre el particular. En cambio la acción del nitrato es bastante débil; notaremos que en las observaciones núm. II-III no obstante 13 y 18 días de tratamiento existía aun gonococci en la secreción.

En la profilaxia por el método de Credé el protargol á 10 ó 15 p ∞ remplace ventajosamente las soluciones de nitrato según el decir de algunos autores.

La duración del tratamiento por el protargol es notablemente más corta que por el nitrato y cuando se atiende al enfermo de la manera que indico anteriormente las complicaciones corneanas son muy raras.

CONCLUSION.

La terapéutica con la adquisición del protargol ha hecho grandes progresos en el tratamiento de la oftalmía-purulenta pues este medicamento por la estabilidad de sus soluciones, por su inocencia perfecta y la poca irritación que produce al contacto de la conjuntiva y de la cornea, por sus propiedades penetrantes muy marcadas, por su acción antiséptica y bactericida tanto y aun más enérgica que el nitrato, por no precipitar con el cloruro de sodio y la albumina, por la corta duración del tratamiento merece considerarse como un medicamento heroico, específico de la oftalmo-blenorrea y substituir por completo al nitrato de plata; no puedo menos que felicitar al Dr. Eichegrun que descubrió este producto y al Dr. Darier por haberlo introducido en la terapéutica ocular.



Observación I.

Margarito Luna de 41 días de edad, fué llevado á la Clínica Oftalmológica de la facultad el 23 de Diciembre de 1898. A los tres días de nacido notó la madre que el ojo izquierdo amanecía pegado, y que de él escurría pus, presentando los mismos síntomas en el ojo derecho al cuarto día. Durante treinta y siete días fué curado únicamente con lavatorios de agua de rosas de castilla.

Al examinarlo se observaron en los dos ojos los siguientes síntomas: párpados rojos, edematosos y adherentes, secreción purulenta amarillo verdosa abundante, quemosis ligera, conjuntivas muy inyectadas sobre todo las palpebrales y cubiertas en algunos lugares, con exudado amarillo verdoso; la cornea del ojo izquierdo presenta una infiltración gris y lo mismo la del derecho en la que existe además una ulcera central.

DIAGNOSTICO CLINICO.—Oftalmia purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO.—El 23 de Diciembre antes de todo tratamiento, recogí la secreción purulenta con una pipeta Pasteur. Colocado el pus en varios cubre-objetos fué teñido con azafranina en unos, y por el metodo de Pick Jacobson en otros, encontrando en todos numerosos leucocitos más ó menos alterados, conteniendo en su mayor parte, en el protoplasma, Gonococcus de Neisser que existían también en gran número fuera de las celdillas aunque en menor cantidad.

Tratados por el metodo de Gram no permanecían teñidos.

No encontré otros micro-organismos. El 27 de Diciem-

bre los gonococcus habían disminuido considerablemente en el ojo izquierdo, en el derecho existían aún en abundancia

TRATAMIENTO.—Ojo derecho toques una vez al día con solución de nitrato de plata al dos y medio por ciento neutralizando el exceso con solución de cloruro de sodio; colirio de atropina (0.01 por 10.00) y lavatorios con solución bórica al 3 por ciento.

El 28 y 29 no se practicaron toques por no haber asistido á la consulta.

El 2 de Enero la enfermedad había desaparecido enteramente en el ojo izquierdo, habiéndose necesitado para obtener este resultado, tocar la conjuntiva ocho veces con la solución de protargol.

En la misma fecha existía aún en el ojo derecho, secreción purulenta y una opacidad en la cornea; desgraciadamente desde esta fecha el enfermo no concurrió más á la consulta.

Observación II.

María Olvera, de 17 días fué llevada á la Clínica Oftalmológica de la Facultad el 28 de Diciembre de 1898. La enfermedad comenzó por el ojo derecho á los tres días de nacida, presentándose en el ojo izquierdo al cuarto día. Al examinarla presentaba los párpados rojos, edematosos y adherentes, secreción conjuntival abundante y purulenta, conjuntivas muy inyectadas y cubiertas en algunos lugares por exudado amarillo verdoso, corneas normales, todos estos síntomas más intensos en el ojo derecho.

DIAGNOSTICO CLINICO.—Oftalmía purulenta.

Examen Microscópico. El 28 de Diciembre encontré en el pus extendido en varios cubre-objetos teñidos unos

con azafranina y otros por el método de Pick Jacobson, numerosos leucocitos más ó menos alterados, conteniendo la mayor parte Gónococcus de Neisser en su protoplasma, también encontré algunos extra-celulares. Tratadas las preparaciones por el método de Gram los micro-organismos no permanecían teñidos. No se encontraron otros micro-organismos.

El 31 de Diciembre habían disminuido notablemente los gonococcus en el ojo derecho; en el izquierdo todavía existían en abundancia.

TRATAMIENTO. Ojo derecho, toques con protargol al 33 por ciento (protargol gr. 5 agua dest. gr. 10) una vez al día; como prescripción dos gotas tres veces al día de una solución de protargol al 5 p. S y lavados con agua boricada al 3 p. S tres ó cuatro veces al día.

Ojo izquierdo toques una vez al día con nitrato de plata en solución al 2 y medio p. S neutralizando el excedente con solución de cloruro de sodio y lavados con agua boricada al 3 p. S cuatro ó cinco veces al día.

El 6 de Enero, el ojo derecho se encontraba normal habiendo sido necesario para obtener este resultado emplear nueve veces la solución de protargol al 33 p. S y el colirio 5 S .

El 9 de Enero el ojo derecho conservaba su aspecto normal, en el izquierdo algo se habían modificado favorablemente los síntomas de esta enfermedad, pero la secreción era aún purulenta y abundante. Desde este día la enferma no volvió más á la consulta.



Observación III.

Telésforo Pérez de nueve días fué llevado á la Clínica Oftalmológica el 13 de Enero de 1898. Al examinarlo, se observó en ambos ojos lo siguiente: párpados adherentes, rojos y edematosos, secreción purulenta amarillo verdosa muy abundante, conjuntivas muy inyectadas, cubiertas las palpebrales en algunos puntos por un exudado del mismo color que la secreción, corneas en estado normal. La enfermedad se manifestó en el ojo derecho al segundo día, en el izquierdo al tercer día de nacido.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO.—Oftalmía purulenta.

EXAMEN MICROSCÓPICO.—El 13 de Enero fueron teñidas varias preparaciones del pus, unas con azafranina y otras por el método de Pick-Jacobson, encontrándose en todas numerosos gonococcus intra y extracelulares siendo mucho más numerosos los primeros. Tratadas algunas preparaciones por el método de Gram, los microorganismos no permanecían teñidos.

El 17 de Enero después de 5 días de tratamiento, en la secreción del ojo derecho tratado por el protargol, difícil era encontrar algunos gonococcus; en el ojo izquierdo tratado por el nitrato de plata existían en abundancia.

TRATAMIENTO.—El mismo que en la observación anterior.

El día 19 de Enero después de 6 días de tratamiento el aspecto del ojo derecho era casi normal existiendo solamente un escurrimiento crónico no purulento que duró tres días.

El 31 de Enero el ojo derecho conservaba el mismo es-

tado; en el ojo izquierdo la secreción era aún purulenta y contenía gonococcus. Desde este día el enfermo dejó de asistir á la consulta.

Observación IV.

Vicenta López, de 9 días de nacida fué llevada á la Clínica Oftalmológica de la Facultad el 23 de Enero de 1899. Al examinarla se notaron los mismos síntomas que en la observación anterior, siendo más intensos en el ojo izquierdo. La enfermedad se reveló á los tres días de nacida en ambos ojos. La madre padecía leucorrea.

DIAGNÓSTICO CLINICO.—Oftalmía purulenta.

EXAMEN MICROSCÓPICO.—El 23 de Enero se encontraron solamente en la secreción de los dos ojos numerosos gonococcus intra y extracelulares. El 27 de Enero no se encontraron ya gonococcus en la secreción del ojo izquierdo, en la del ojo derecho existían en abundancia.

TRATAMIENTO.—En el ojo izquierdo se aplicó el protargol de la misma manera que en las observaciones anteriores.

El ojo derecho fué tratado por el nitrato de plata.

El 29 de Enero cesó la supuración en el ojo izquierdo, después de seis días de tratamiento quedando un escurrimiento crónico que duró cuatro días durante los cuales se hicieron solamente instilaciones con el colirio al 5 p. ∞ y lavatorios con agua boricada al 3 p. ∞

El 12 de Febrero existían aun en el ojo derecho secreción purulenta. Desde este día el enfermo dejó de asistir á la consulta.

Observación V.

Cristina Venegas de 19 días de nacida fué llevada á la Clínica el 20 de Enero de 1899. Su enfermedad comenzó por el ojo izquierdo al octavo día de nacida, y al undécimo se manifestó también en el ojo derecho. Estaba caracterizada por el siguiente cuadro clínico: párpados rojos edematosos y adherentes; secreción purulenta amarillo verdosa abundante; conjuntivas muy inyectadas cubiertas en algunos lugares por un exudado amarillo verdoso; corneas ojo izquierdo normal, ojo derecho ligera infiltración gris.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO.—Oftalmía purulenta.

EXAMEN MICROSCÓPICO.—Sólamente se encontraron gonococcus extra é intracelulares en abundancia en la secreción de los dos ojos.

El 24 de Enero en el escurrimiento del ojo derecho había ya muy pocos gonococcus, pero en la del ojo izquierdo los había en abundancia.

TRATAMIENTO.—El mismo que en la observación III.

El 26 de Enero cesó la supuración en el ojo derecho quedando un escurrimiento crónico que duró cinco días durante los cuales se suspendieron los toques del tratamiento. En el ojo izquierdo la supuración era abundante y los demás síntomas de la enfermedad poco se habían modificado, fueron necesarias dos semanas más de tratamiento por nitrato de plata para que la enfermedad desapareciera por completo. Durante este tiempo el ojo derecho conservó su estado normal,

Observación VI.

Luz Aguilar llevó una niña de 20 días á la Clínica Oftalmológica el día 24 de Enero de 1899. Al examinarla se notaron los párpados ligeramente edematosos, rojos y adherentes, secreción purulenta abundante, blanco amarillenta, fluida, conjuntivas inyectadas, corneas normales. La enfermedad comenzó por los dos ojos al tercer día de nacida.

DIAG. CLINICO.—Oftalmía purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO.—Teñidas las preparaciones con teonina fenicada se encontraron en ellas *Gonococcus* en gran número y *Neumobacillus* de Friedlander formando uno que otro grupo. Tratadas algunas preparaciones por el método de Gram no hubo microorganismo alguno que lo tomara.

TRATAMIENTO.—El mismo que en la observación IV.

El 3 de Febrero el ojo izquierdo se encontraba en estado normal con diez días de tratamiento. El 13 de Febrero la enfermedad cedió en el ojo derecho después de 20 días de tratamiento con el nitrato de plata.

Observación VII.

María Ramírez de 20 días fué llevada á la Clínica el 25 de Enero de 1899. Al examinarla se recogieron los siguientes síntomas: párpados muy hinchados, rojos y adherentes, secreción purulenta amarillo verdosa abundante, conjuntivas muy inyectadas particularmente las palpebrales quemosis ligera, corneas con infiltración gris. La enfer-

medad comenzó por el ojo derecho al octavo día, por el ojo izquierdo al duodécimo de nacida.

DIAG. CLINICO.—Oftalmía purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO.—Gonococcus extra é intracelulares en abundancia.

TRATAMIENTO.—El mismo que en la observación I.

El 3 de Febrero el ojo izquierdo tiene ya su aspecto normal, para ello fueron necesarios 9 días de tratamiento.

El ojo derecho curó el 12 de Febrero después de 19 días de tratamiento.

Observación VIII.

Marcelina Alfaro concurrió á la Clinica Oftalmológica el 31 de Enero de 1899 con un niño de 12 días que presentaba el siguiente aspecto clínico; párpados rojos, edematosos y adherentes, secreción purulenta abundante conjuntivas muy inyectadas, corneas normales. La enfermedad comenzó por el ojo izquierdo á los tres días de nacida habiéndose propagado al día siguiente al derecho.

DIAG. CLINICO.—Oftalmía purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO.—Previa coloración por el método de Pick-Jacobson, encontré en el pus de los dos ojos únicamente gonococcus de Neisser extra é intracelulares en gran cantidad siendo mucho más abundantes los últimos. Tratadas algunas preparaciones por el método de Gram los microorganismos no permanecían teñidos.

El 3 de Febrero tres días después de haberse iniciado el tratamiento, recogí nuevo pus y siguiendo el mismo método de Pick-Jacobson, encuentre uno que otro gonococo en la secreción del ojo izquierdo tratado por el protargol;

en cambio en la del ojo derecho tratado por el nitrato de plata, los gonococcus eran tan abundantes, como antes de iniciarse el tratamiento.

Esta diferencia tan notable tuve la satisfacción de que fuera observada por mis distinguidos maestros los Sres. Dres. Manuel Toussaint, Izmael Prieto y Agustín Chacón.

El 5 de Febrero en la secreción recogida en el fondo de saco inferior del ojo izquierdo no se veía ya ni un solo gonococo; en la secreción purulenta del ojo derecho existían por el contrario en gran número.

TRATAMIENTO.—El mismo que en la observación I.

El 5 de Febrero quedaba de la enfermedad en el ojo izquierdo un ligero escurrimiento no purulento que duró 5 días, en esta fecha el ojo derecho presentaba algo atenuados todos los síntomas de la enfermedad.

El 18 de Febrero desapareció la enfermedad en el ojo derecho, durante este tiempo, el ojo izquierdo conservó su estado normal.

Observación IX.

Pedro Reyes de 25 días fué llevado á la Clínica Oftalmológica de la Facultad, el 3 de Febrero de 1899. La madre nos contó que al quinto día de nacido, notó que el ojo izquierdo amanecía pegado, lagañoso y que de él escurría pus, los mismos síntomas observó en el ojo derecho al séptimo día. Al examinarlo se encontraron en los dos ojos los siguientes síntomas: párpados adherentes, ligeramente hinchados y rojos; secreción purulenta de aspecto lechosa, abundante, conjuntivas muy inyectadas, la cornea del ojo

derecho sana, la del ojo izquierdo ligeramente infiltrada.

DIAG: CLINICO: Oftalmía purulenta.

EXAMEN MICROSCÓPICO: En las preparaciones teñidas por los métodos de Pik-Jacobson y Gram se encontraron en abundancia Gonococcus extra é intra-celulares y Neomucococcus de Talamon Frænkel en gran número.

TRATAMIENTO: El mismo que en la observación II.

La enfermedad cedió la 10° día de tratamiento en el ojo derecho y al vigésimo en el ojo izquierdo.

Observación x

Agustina Monte Agudo llevó á la Clinica oftalmologica el día 6 de Febrero de 1899 un niño de 24 días. Al examinarlo se encontraron los párpados hinchados, rojos y adherentes, secreción purulenta amarillo—verdosa muy abundante, quemosis ligera, conjuntivas muy inyectadas y cubiertas en algunos lugares por un exudado, corneas con infiltración gris. La enfermedad se manifestó en los dos ojos al 3er. día del nacimiento.

DIAG: CLINICO:—Oftalmia purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO.— Se encontro en la secreción purulenta unicamente gonococcus en gran numero

El 8 de Febrero estos microorganismos habían disminuido considerablemente en el ojo izquierdo, en el ojo derecho existían aun en gran numero.

TRATAMIENTO:—El mismo que en la observación I.

El 13 de Febrero despues de siete días de tratamiento el ojo izquierdo volvió á su estado normal.

El 25 de Febrero desapareció la enfermedad en el ojo

derecho. Para obtener este resultado fué necesario 19 días de tratamiento.

Observación XI

Julian González de 14 días fue llevado á la Clinica de la Facultad el 20 de Febrero de 1899.—Al 3er. día de su nacimiento notó la Madre que el ojo derecho amanecía con los párpados pegados; al despegarlos escurría un líquido amarillento y sanguineo, los mismos síntomas se presentaron en el ojo izquierdo al octavo día de nacido. Durante estos días el niño fue curado por la madre con leche de pechos y lavatorios con agua de rosas de castilla. Al examen se comprobó en los dos ojos lo siguiente: hinchazón de los párpados, secreción purulenta abundante quemosis ligera, conjuntivas inyectadas, corneas con infiltración gris la del ojo derecho, la del izquierdo enteramente normal.

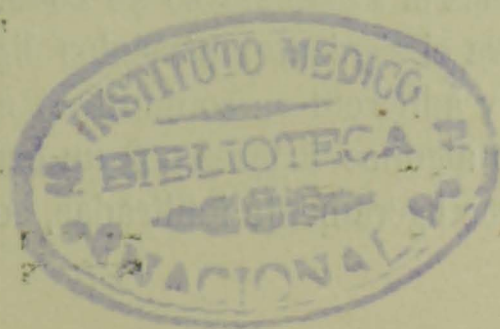
DIAG. CLINICO: Oftalmia purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO: Gonococcus intra y extra-celulares en abundancia.

TRATAMIENTO: El mismo que en la observación anterior.

El 2 de Marzo se obtuvo la curación en el ojo izquierdo después de diez días de Tratamiento.

El 13 de Marzo se obtuvo en el ojo derecho al cabo de 21 días de tratamiento.



Observación XII

Enrique Cisneros de 18 días de edad fué llevado á la clínica el 14 de Marzo de 1899. Al examinarlo se observó que los párpados estaban lígeramente rojos, hinchados y adherentes, secreción purulenta amarillo verdosa algo abundante, conjuntivas inyectadas, quemosis, corneas con infiltración blanca. El padecimiento comenzó por el ojo izquierdo al cuarto día, por el ojo derecho al quinto del nacimiento.

DIAG. CLINICO: Oftalmia purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO: Gonococcus extra é intra-celulares en abundancia.

TRATAMIENTO: El mismo que en la observación anterior más colirio de sulfato de atropina (0.01×10.00) dos gotas en la mañana y dos en la tarde en ambos ojos.

La enfermedad cedió en el ojo izquierdo el 24 de Marzo con diez días de tratamiento. El ojo derecho se curó el 4 de Abril despues de 21 días de tratamiento.

Observación XIII

María Guadalupe Piña de 12 días de edad fué llevada á la Clínica el 19 de Marzo de 1899. El estado de sus dos ojos era el siguiente: párpados lígeramente rojos, edematosos y adherentes, conjuntivas muy inyectadas y cubiertas en algunos lugares por un exudado amarillo verdoso; corneas lígeramente infiltradas, sobre todo la del ojo dere-

cho. El padecimiento comenzó por el ojo izquierdo al tercer día por el derecho al cuarto de nacida.

DIAG. CLINICO: Oftalmia purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO: Gonococcus extra é intra-celulares.

TRATAMIENTO: Los dos ojos fueron tratados con solución de protargol al 33 p ∞ (protargol gr. 5.00 Agua dest. gr. 10.00) en toques una vez al día, colirio al protargol 5 p ∞ , dos gotas en cada ojo tres veces al día y lavatorios de ácido bórico al 3 p ∞ tres ó cuatro veces al día.

El 22 de Marzo el aspecto de los dos ojos era enteramente normal habiendo bastado cuatro días de tratamiento para obtener este resultado.

El 26 de Marzo fué examinada la niña habiéndose sostenido hasta entonces la curación.

Observación XIV

Rosario Jiménez de 13 días fué llevada á la consulta el 25 de Marzo de 1899. Por el examen se recogieron los siguientes síntomas: párpados adherentes, ligeramente hinchados y rojos, secreción purulenta abundante, conjuntivas inyectadas y cubiertas en ciertos lugares con exudados amarillo verdosos, corneas con ligera infiltración gris. La enfermedad se manifestó en el ojo izquierdo al octavo y en el ojo derecho al noveno día del nacimiento.

DIAG. CLINICÓ: Oftalmia purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO: Gonococcus extra é intra-celulares en abundancia.

TRATAMIENTO, El mismo que en la observación anterior:

El 28 de Marzo la secreción purulenta había disminuido notablemente y la inyección conjuntival era mucho menos intensa.

El 1° de Abril la niña amaneció con los ojos abiertos, la secreción era casi nula, las corneas tenían su aspecto normal pero las conjuntivas estaban aun ligeramente inyectadas. Desde este día se suprimieron los toques.

El 24 de Abril, el aspecto de los ojos era normal, después de diez días de tratamiento.

Observación XV

Arturo Martinez de 15 días de edad fué llevado á la Clínica el 5 de Abril de 1899. El padecimiento comenzó por el ojo izquierdo al tercer día y sobrevino en el ojo derecho al cuarto día de nacido. El estado actual es el siguiente: párpados adherentes, hinchados y rojos, secreción purulenta abundante, amarillo verdosa, conjuntivas muy inyectadas, corneas con ligera infiltración gris.

DIAG. CLINICO: Oftalmía purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO: Gonococcus intra y extra celulares.

TRATAMIENTO: El mismo que en la observación anterior.

El 10 de Abril el aspecto de los dos ojos era completamente normal, habiendo sido necesario para obtener este resultado tan notable, únicamente cinco días de tratamiento,

Observación XVI

Guadalupe Silva edad 20 días fué llevada á la Clínica el 9 de Abril de 1899. Al examinarla se recogieron los síntomas siguientes: párpados adherentes, hinchados y rojos, secreción purulenta abundante, conjuntivas muy inyectadas, quemosis ligera, corneas con infiltración gris. El padecimiento se manifestó en el ojo derecho al tercer día, en el ojo izquierdo al cuarto de nacida.

DIAG. CLINICO: Oftalmia purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO: Gonococcus extra é intra-celulares.

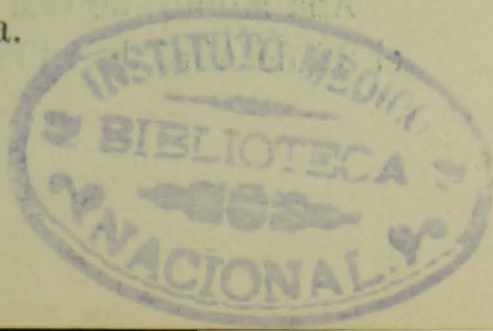
TRATAMIENTO: El mismo que en la observación anterior.

El 17 de Abril la enferma se encontraba enteramente sana después de ocho días de tratamiento.

Observación XVII

Carmen García de 20 días de edad fué llevada á la Clínica el 17 de Abril de 1899. La Madre nos refirió que al tercer día de nacida se manifestó la enfermedad en el ojo izquierdo, y al cuarto en el derecho; habiendo sido exclusivamente tratada con lavatorios de agua boricada y de rosas de castilla. El estado actual es el siguiente en los dos ojos: párpados adherentes é hinchados, secreción purulenta amarillo verdosa abundante, conjuntivas inyectadas quemosis ligera, corneas con infiltración gris.

DIAG. CLINICO: Oftalmia purulenta.



EXAMEN MICROSCOPICO: Gonococcus extra é intra-celulares únicamente.

TRATAMIENTO. El mismo que en la observación anterior.

El 26 de Abril el ojo izquierdo recuperó su estado normal al noveno día de tratamiento; en el ojo derecho la afección duró dos días más.

Observación XVIII.

Dolores López de 22 días de edad concurrió á la Clínica el 18 de Abril de 1899. Su estado era el siguiente: párpados adherentes, hinchados y ligeramente rojos, secreción purulenta amarillo verdosa abundante, conjuntivas muy inyectadas, cubiertas en algunos lugares por un exudado también amarillo verdoso, corneas con infiltración gris. La afección se presentó en el ojo derecho al tercer día, en el ojo izquierdo al cuarto de nacida.

Diag: Clínico: Oftalmia purulenta.

Examen Microscópico: Gonococcus extra é intra-celulares.

Tratamiento: El mismo que en la observación anterior.

El 27 de Abril, al décimo día de tratamiento la enfermedad cedió radicalmente.

Observación XIX.

Ana Montes de Oca de 24 días, concurrió á la Clínica el 22 de Abril de 1899. La enfermedad se manifestó en

el ojo derecho al tercer día, en el ojo izquierdo al cuarto día de nacida. Su estado es el siguiente: párpados adherentes, rojos é hinchados, secreción purulenta amarillo verdosa abundante, conjuntivas inyectadas, quemosis, corneas ojo izquierdo con infiltración gris, ojo derecho normal.

Examen Microscópico: Gonococcus extra é intra-celulares.

Tratamiento: El mismo que en la observación anterior.

El 28 de Abril la enfermedad había desaparecido con seis días de tratamiento.

Observación XX.

Francisco Hoyos de siete días fué llevado á la Clínica el seis de Mayo de 1899 al examinarlo recogí los síntomas siguientes, párpados adherentes, algo hinchados y rojos, secreción purulenta amarillo verdosa abundante conjuntivas muy inyectadas, corneas normales. La afección se manifestó en los dos ojos al mismo tiempo al tercer día de nacido.

Diag: Clínico: Oftalmia purulenta.

Examen Microscópico: Gonococcus extra é intra-celulares.

Tratamiento: El mismo que en la observación XIII.

El 14 de Mayo el aspecto de los dos ojos era normal, después de ocho días de tratamiento.

Observación XXI.

Alberto Viela García de 20 días fué llevado á la Clínica Oftalmológica el 9 de Mayo de 1899 al examinarlo se recogieron los siguientes sintonas, párpados adherentes, edematosos y rojos, secreción purulenta amarillo verdosa abundante, conjuntivas inyectadas, corneas con infiltración gris. La enfermedad se manifestó al dia siguiente del nacimiento.

Diag: Clínico: Oftalmia purulenta.

Examen Microscópico: Conococcus intra y extra-celulares.

Tratamiento: Toques una vez al dia con solución de protargol al 20 p ∞ (protargol gr. 2.50-agua dest. gr. 10.00), colirio al 5 p ∞ , dos gotas tres veces al dia y lavatorios de agua boricado al 3 p ∞ .

El 22 de Mayo los dos ojos se encontraban normlaes al cabo de trece días de tratamiento.

Observación XXII.

Josefa Mendoza de 15 días de edad concurreó á la Clínica el 10 de Mayo de 1899. La enfermedad se manifestó al dia siguiente de nacida en los dos ojos, durante estos 15 días fué tratada por la madre con gotas de leche de pecho y lavatorios de agua de azahar. Su estado es el siguiente, párpados adherentes, edematosos y rojos, secreción purulenta abundante, conjuntivas inyectadas corneas con infiltración gris.

DIAG. CLINICO: Oftalmia purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO: Gonococusextra é intra-celulares.

TRATAMIENTO: El mismo que en la observación anterior.
El 14 y el 17 de Mayo no se practicaron toques á la enferma por no haber concurrido á la consulta.

El 23 de Mayo el aspecto de los ojos era normal después de 13 días de tratamiento.

Observación XXIII.

Rafael Briseño de cinco días fue llevado á la Clínica el 11 de Mayo de 1889. Al examinarlo se encontró normal el ojo derecho, el ojo izquierdo presentaba los siguientes síntomas: párpados hinchados adherentes y rojos, secreción purulenta abundante, amarillo verdosa, conjuntivas inyectadas, cubiertas en algunos lugares por un exudado amarillo verdoso, corneas normales. La enfermedad se manifestó en el ojo izquierdo al tercer día de nacido.

DIAG. CLINICO—Oftalmía purulenta.

EXAMEN MICROSCOPICO—Gonococcus intra y extra-celulares en abundancia.

TRATAMIENTO.—El mismo que en la observación anterior.

Para evitar que el padecimiento se propagara al ojo derecho usé en él el colirio al protargol al 5 por ciento 2 gotas en la mañana y dos en la tarde con buen resultado.

El 20 de Mayo el aspecto de los ojos era normal después de 11 días de tratamiento.



Observación XXIV.

Mauro Siquard de 4 días de edad fué llevado á la Clínica el 22 de Mayo de 1899. La enfermedad apareció en los dos ojos al mismo tiempo al segundo dia de nacido. Presentaba el siguiente cuadro clínico: párpados muy hinchados, rojos y adherentes, secreción purulenta amarillo verdosa muy abundante, conjuntivas muy inyectadas, quemosis, un exudado amarillo verdoso cubría la conjuntiva en algunos lugares, corneas normales.

Diag: Clínico: Oftalmia purulenta

Examen microscópico: Numerosos gonococcus intra é extra-celulares.

Tratamiento: El mismo que en la observación XXI.

El 28 de Mayo sin curación.

El 29 de Mayo el aspecto de los ojos era normal con 6 días de tratamiento.

Observación XXV.

Virginia Cerón de 20 días fué llevada á la clínica el 27 de Mayo de 1899. La enfermedad se manifestó en el ojo derecho al cuarto dia de nacida, en el ojo izquierdo al quinto su estado era el siguiente: párpados muy hinchados equimóticos y adherentes, secreción purulenta amarillo verdosa muy abundante, conjuntivas inyectadas, cubierta en algunos lugares por un exudado amarillo verdoso, que-

mosis en el ojo derecho, corneas con ligera infiltración gris.

Diag: Clínico Oftalmia purulenta.

Examen microscópico: Gonococcus intra é extra-celulares.

Tratamiento. El mismo que en la observación XIII.

El 28 de Mayo y 4 de Junio no concurrió la enferma á la consulta, y por lo tanto no se le practicaron toques.

El 5 de Junio los dos ojos guardaban su aspecto normal habiendo sido necesario para obtener este resultado 9 días de tratamiento.

Además de las observaciones citadas constan en mi registro, un caso de oftalmía purulenta del adulto atacado del ojo derecho que fué curado en 13 dias con toques bi-cotidianos de solución de protargol al 50 p ∞ , colirio al 5 p ∞ dos gotas tres veces al dia y lavatorios de agua bórica cuatro ó cinco veces al dia y quince casos de oftalmoblenorrea del recién-nacido, algunos de ellos con complicaciones corneanas, que al llegar á mis manos habían sido tratados ya por diversos procedimientos, de preferencia con el nitrato de plata; casos en los cuales obtuve con el protargol resultados tan brillantes y benéficos, como en las observaciones que relato.

N. GUEROLA.

BIBLIOGRAFIA.

- Darier.—De las nuevas sales de plata en terapéutica ocular. (Clínica Oftalmológica núm. 1, Enero 10 de 1898.)
- Darier.—Curación de la Oftalmía purulenta por el protargol. (Clínica Oftalmológica núm. 6, 1898.)
- Darier.—Indicaciones terapéuticas suministradas por el examen bacteriológico de las secreciones conjuntivales. (Clínica Oftalmológica núm. 11, Junio 10 de 1898.)
- Chacón.—Oftalmías Purulentas. (Revista Médica núm. 24, Abril 1º de 1893.)
- Benario.—Del protargol un nuevo antiséptico y antigono-reico. (Deutsch. Méd. Wochens núm. 49, 1897.)
- Grœnouw.—Investigaciones bacteriológicas sobre la etiología de las inflamaciones de los ojos en los recién nacidos. (Clínica Oftalmológica núm. 18, Septiembre 25, pág. 213.)
- Lesshaft. (Gœrlitz.) De la protargol-terapia. (Clínica Oftalmológica núm. 1, Enero 10 de 1899, quinto año.)
- Wickerkiewiez.—Mis investigaciones sobre el protargol. (Clínica Oftalmológica núm. 18, Octubre 10 de 1898.)
- Deneffe.—El protargol en oftalmología. (Boletín de la Academia Real de Medicina de Bélgica, 1898.)

Meesner.—Experiencias sobre el empleo del protargol en terapéutica ocular.

Rozalino.—Del protargol en Oftalmología y su valor terapéutico.

Neisser.—Investigaciones experimentales sobre el protargol. (Clínica Oftalmológica.)

Valençon.—Del empleo del protargol y en general de las sales de plata en terapéutica ocular, 1898.

Morax.—La etiología de las conjuntivitis agudas.

Fuchs.—Manual de Oftalmología.



Oftalmía de los Recien-Nacidos.

OBSERVACION NUMERO.	EDAD AL PRESENTARSE A LA CONSULTA.	PRINCIPIO DE LA ENFERMEDAD.	PRINCIPIO DEL TRATAMIENTO.	EXAMEN MICROSCÓPICO	MEDICACION EMPLEADA.	ESCURRIMIENTO CRÓNICO NO PURULENTO.	CURACION COMPLETA EN EL
1	41 días.	O. I. (1) al tercer día de nacido. O. D. (2) al 4to " " "	O. I. á los 38 días de enfermo. O. D. á " 37 " " "	Gonococci.	O. D. toques cot. (3) con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. I. toques cot. con protargol 50 p ₈ colirio 5 p ₈ . (4)	O. D. Indeterminado (5) O. I. nulo.	O. D. Indeterminada. O. I. en 11 días.
2	17 días.	O. D. al 3er. día de nacido. O. I. al 4to. " " "	O. D. á los 14 días de enfermo. O. I. " 13 " " "	id.	O. D. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ . O. I. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ .	O. D. nulo. O. I. indeterminado.	O. D. en 10 días. O. I. indeterminada.
3	9 días.	O. D. al 2do. día de nacido. O. I. al 3er. " " "	O. I. á los 6 días de enfermo. O. D. á " 7 " " "	id.	O. I. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. D. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ .	O. I. indeterminado. O. D. durante 3 días.	O. I. indeterminada. O. D. en 9 días.
4	9 días.	Al 3er. día de nacido en ambos ojos.	O. I. á los 6 días de enfermo. O. D. " 6 " " "	id.	O. D. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. I. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ .	O. D. indeterminado. O. I. durante 4 días.	O. D. indeterminada. O. I. en 9 días.
5	19 días.	O. D. al 3er. día de nacido. O. I. al 11mo. " " "	O. I. á los 11 días de enfermo. O. D. " 8 " " "	id.	O. I. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. D. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ .	O. I. nulo. O. D. durante 5 días.	O. I. en 21 días. O. D. en 10 días.
6	20 días.	Al 3er. día de nacido en ambos ojos.	O. I. á los 17 días de enfermo. O. D. " " " "	id. y Neumobacilus.	O. D. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. I. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ .	O. D. nulo. O. I. id.	O. D. en 20 días. O. I. en 10 días.
7	20 días.	O. D. al 3er. día de nacido. O. I. al 12mo. días de nacido.	O. I. á los 10 días de enfermo. O. D. " 12 " " "	id.	O. D. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. I. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ .	O. D. id. O. I. id.	O. D. en 19 días. O. I. en 9 días.
8	12 días.	O. I. al 3er. día de nacido. O. D. al 4to. " " "	O. I. á los 9 días de enfermo. O. D. " 8 " " "	id.	O. D. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. I. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ .	O. D. id. O. I. id.	O. D. en 17 días. O. I. en 10 días.
9	25 días.	O. I. al 5to. día de nacido. O. D. al 7mo. día de nacido.	O. I. á los 20 días de enfermo. O. D. " 18 " " "	Neumocococi y Gonococci.	O. I. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. D. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ .	O. D. id. O. I. id.	O. I. en 20 días. O. D. en 10 días.
10	24 días.	Al 3er. día de nacido en ambos ojos.	O. I. á los 21 días de enfermo. O. D. " 11 " " "	id.	O. D. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. I. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ .	O. D. id. O. I. id.	O. D. en 19 días. O. I. en 7 días.
11	14 días.	O. D. al 3er. día de nacido. O. I. al 8vo. " " "	O. I. á los 6 días de enfermo. O. D. " 11 " " "	id.	O. D. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. I. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ .	O. D. id. O. I. id.	O. D. en 21 días. O. I. en 10 días.
12	18 días.	O. I. al 4to. día de nacido. O. D. al 5to. " " "	O. I. á los 14 días de enfermo. O. D. " 13 " " "	id.	O. D. toques cot. con nitrato al 2 y medio p ₈ . O. I. toques cot. con protargol 50 p ₈ , colirio 5 p ₈ .	O. D. id. O. I. id.	O. D. en 21 días. O. I. en 10 días.
13	12 días.	O. I. al 3ro. día de nacido. O. D. al 4to. " " "	O. I. á los 9 días de enfermo. O. D. " 8 " " "	id.	Toques cot. en los dos ojos con protargol al 50 p ₈ colirio 5 p ₈ .	id.	En 4 días.
14	13 días.	O. I. al 8vo. día de nacido. O. D. al 9no. día de nacido.	O. I. á los 5 días de enfermo. O. D. á " 4 " " "	Gonococci.	id.	id.	En 10 días.
15	15 días.	O. I. al 3er. día de nacido. O. D. al 4to. día de nacido.	O. I. á los 12 días de enfermo. O. D. á " 11 " " "	id.	id.	id.	En 5 días.
16	20 días.	O. I. al 4to. día de nacido. O. D. al 3er. día de nacido.	O. I. á los 16 días de enfermo. O. D. á " 17 " " "	id.	id.	id.	En 8 días.
17	20 días.	O. I. al 3er. día de nacido. O. D. al 4to. día de nacido.	O. I. á los 17 días de enfermo. O. D. á " 16 " " "	id.	id.	O. I. id. O. D. durante 4 días.	O. D. en 11 días. O. I. en 9 días.
18	22 días.	O. I. al 4to. día de nacido. O. D. al 3er. día de nacido.	O. I. á los 18 días de enfermo. O. D. á " 19 " " "	id.	id.	nulo.	En 10 días.
19	24 días.	O. I. al 4to. día de nacido. O. D. al 3er. día de nacido.	O. I. á los 20 días de enfermo. O. D. á " 21 " " "	id.	id.	id.	En 6 días.
20	7 días.	Al tercer día de nacido.	O. I. } á los 4 días de enfermo. O. D. }	id.	id.	id.	En 8 días.
21	20 días.	Al primer día de nacido.	O. I. } á los 19 días de enfermo. O. D. }	id.	Toques cot. en los dos ojos con protargol 20 p ₈ colirio 5 p ₈ .	id.	En 13 días.
22	15 días.	Al primer día de nacido.	O. I. } á los 14 días de enfermo. O. D. }	id.	id.	id.	En 13 días.
23	5 días.	O. I. al 3er. día de nacido. O. D. NORMAL.	O. I. á los 2 días de enfermo. O. D. sano.	id.	O. I. id. O. D. colirio al 5 p ₈ , 2 gotas dos veces al día.	id.	En 9 días.
24	4 días.	Al 2do. día de nacido.	O. I. } á los 2 días de enfermo. O. D. }	id.	El mismo que en la observación XIII.	Durante 4 días.	En 7 días.
25	20 días.	O. I. al 5to. día de nacido. O. D. al 4to. día de nacido.	O. I. á los 15 días de enfermo. O. D. á " 16 " " "	id.	id.	id.	En 9 días.