

sale. (*La Pediatría*, año XXXVI, fasc. 16, 15-VIII-1928, pág. 883).

(27). SALVIOLI, G. La via nasale nell'immunizzazione antidiftérica con anatossina normale e concentrata. (*La Pediatría*, año XXXVI, fasc. 13, 1-VII-1928, pág. 687).

(28). NASSO J. Tentativi d'immunizzazione antidiftérica con la anatossina di RAMÓN. (*La Pediatría*, 15-XII-1925, pág. 1312).

(29). SORGE G. Vaccinazione antidiftérica con l'anatossina di RAMÓN. (*Riv. di clinica Pediatrica*, nov. 1927, pág. 791).

(30). BAZÁN F. Vacunación antidiftérica. (*Archivos Latinos Americanos de Pediatría*. Dbre. 1926, pág. 829).

(31). MORENO DE VEGA. La vacunación antidiftérica por la anatoxina (*Los Progresos de la Clínica*, Madrid, noviembre 1927, pág. 807).

(32). CANELLI y BOSCO. Ricerche immunologiche sulla difterite. (*La Clínica Pediatrica*, año X, fasc. VI, junio 1928, pág. 343).

## REVISTA DE REVISTAS

### OFTALMOLOGÍA

*Valor semiológico de la sensibilidad de la córnea.* — CANTONNET.

Es muy conveniente encontrar la sensibilidad de la córnea; basta coger un instrumento cualquiera (sonda de lagrimal, estilete roma, mango de un pequeño bisturí, etc.), cuyo extremo sea completamente roma para no herir el epitelio; que este instrumento sea lo suficientemente quemado para que no transporte gérmenes. Se separan bien los párpados, superior e inferior, con el pulgar y el índice, procurando no rozar las pestañas con el instrumento; porque si se rozan las pestañas el reflejo que se obtiene es palpebral y no corneal. Entonces se toca ligeramente la córnea y se pregunta al paciente si ha notado el contacto, respuesta que se comprueba por la contracción del párpado al querer cerrarse. A veces se duda de la respuesta del paciente, se golpea la córnea dos o tres veces y se hace decir al paciente cuántas veces se ha tocado.

Es, por lo tanto, muy fácil cerciorarse de la sensibilidad corneal y, sin embargo, raramente se prueba, lo que es una equivocación. La comprobación de la anestesia corneal tiene un valor semiológico muy importante.

En la clínica se presentan dos casos muy distintos. Con quemadura o sin ella.

**PRIMER CASO.**—*Con quemadura.*—Por lo regular ésa es debida a una llama, ácido, cuerpo en fusión, chispa, etc. La córnea se vuelve, al poco tiempo, de color gris-opalino, lo que indica una alteración profunda del epitelio. Es necesario saber, tanto si la transparencia de la córnea se ha conservado como si no, si están atacadas las capas profundas de la misma, lo que sabremos buscando su sensibilidad. Si la quemadura es grave, hay anestesia; si es leve, aunque sea opaca, existe sensibilidad.

Comprobar que hay anestesia corneal después de una quemadura del ojo es de muy mal pronóstico, y es de temer la perforación de la córnea por úlcera consecutiva. A veces nos encontramos en que la anestesia no es completa, hay disminución de sensibilidad; es este último caso el pronóstico no es tan severo.

**SEGUNDO CASO.**—*Sin quemadura.*—Se trata entonces de un trastorno nervioso que ataca los núcleos del trigémino, su raíz, el ganglio de GASSER o sus ramas, sobre todo la oftálmica de WILLIS. Esta anestesia es de origen nervioso por interrupción de la conducción sensitiva sobre el trayecto que va del extremo nervioso intraepitelial de la córnea hasta el centro sensitivo intraprotuberancial.

Es durante el curso del zona, de la arterio-esclerosis, que ataca los vasos del tronco o las ramas del trigémino; es durante el curso de la sífilis, desarrollando una meningitis de los nervios, es durante el curso de una meningitis que la altera de una manera aguda o crónica; es durante el curso de una intoxicación, diabética por ejemplo, que se observan alteraciones de la sensibilidad corneal por lesión del trigémino; no es, pues, la acción directa del agente traumatizante sobre el epitelio, sino sobre la terminación de los filetes nerviosos.

Otra gran causa de alteración del trigémino consiste en las fracturas del cráneo. La lesión puede atacar el tronco del trigémino en la fosa posterior o al atravesar la cresta ósea; puede atacar al nivel de la fosa media tocando el cavum de MECKEL o la pared externa de la duramadre del seno cavernoso; y, por último, puede atacar las ramas oftálmicas (nasal en particular), al nivel de la fosa anterior (hendidura esfenoidal), o en la misma órbita.

Es, en efecto, por el nasal que pasan las fibras que van al ganglio ciliar y de allí a la córnea. Es, pues, la lesión del nasal la que tiene importancia, mientras que la de cualquier otra rama del oftálmico no produce la anestesia corneal.

Pero la anestesia corneal va acompañada frecuentemente de otra complicación: la úlcera de la córnea. Del mismo modo que observamos en la anestesia por lesión directa del epitelio (quemadura), la úlcera de la córnea, igualmente en la anestesia por lesión del tronco o de las ramas del trigémino, puede presentarse esta complicación.

Sobre este punto debe evitarse una confusión: si se toca una úlcera de la córnea, la sensibilidad no existe al nivel mismo de la úlcera; eso ocurre siempre. Es, pues, necesario para saber si la úlcera es consecutiva a anestesia, que esta insensibilidad sea también en torno de la úlcera, lejos de ella. A esto se le llama una queratitis neuroparalítica. Una úlcera insensible en el punto ulcerado no es una queratitis neuroparalítica; una úlcera sobre una córnea insensible fuera de la zona ulcerada, constituye la queratitis neuroparalítica.

Ello constituye una complicación temible de la anestesia corneal, toda vez que la córnea insensible es el asiento de trastornos tróficos (de los que la úlcera es la manifestación) que se traducen por una falta de vitalidad y una pérdida del poder de cicatrización.

Conviene saber que la úlcera por queratitis neuroparalítica es insidiosa en sus comienzos, con muy poca reacción (fotofobia muy ligera, lagrimeo reflejo ligero, sin blefarospasmo). Está situada en el centro y empieza por una simple descamación del epitelio. Es preciso diagnosticarla precozmente. Desconfiad, pues, de las descamaciones epiteliales del centro de la córnea; desconfiad sobre todo de las queratitis ulceradas con poca reacción refleja; mirad si hay sensibilidad de la córnea y muchas veces encontraréis su anestesia.

¿Qué se hace entonces? Atropina, colargol, fomentos calientes. Y sobre todo y ante todo, la sutura de los párpados o blefarorrafia. (*La Clinique Ophthalmologique*. Enero 1928, p. 42).

I. BARRAQUER.



## GINECOLOGÍA

*Posibilidades de aplicación de sistomensina y agomensina en ginecología.*—A. SCHWARZ.

El último decenio ha traído una revolución en la medicina ginecológica, en tanto que el tratamiento se orienta en el sentido de la organoterapia. Se ha reconocido que los trastornos del llamado sistema endocrino son la causa de muchas afecciones que antes se trataban localmente, y, en la actualidad, la organoterapia por vía bucal y parenteral tiene un número de partidarios que aumenta de día en día.

Como consecuencia, se lanzaron al mercado una enorme cantidad de nuevos medicamentos, cuyo número hace imposible la orientación, aun al ginecólogo experto. No hay duda alguna de que en esta terapéutica nos encontramos todavía en la era de los ensayos. Tanto más de desear es que se de al ginecólogo medicamentos que, por lo menos en un gran porcentaje de los casos, lo pongan en condiciones de obtener el éxito deseado.

En estos últimos años han aparecido en el comercio dos preparados que se han introducido bien entre los especialistas ginecólogos. Son ellos la Agomensina y, ante todo, la Sistomensina; ambos de la «Ciba». Se expenden en forma de tabletas perfectamente dosadas, así como para inyecciones en ampollas de exacta dosificación. Ambos productos se obtienen por extracción de los cuerpos lúteos. La Agomensina representa un componente activo de esta glándula, soluble en agua (luteaminal); mientras que la Sistomensina fué caracterizada por SEITZ y WINTZ como luteolipoide, y según las constataciones de FAUST, es idéntica a la substancia, fisiológicamente activa, aislada por HERRMANN, de cuerpos lúteos y placentas.

He empleado ambos preparados en gran cantidad, tanto en mi consultorio externo como en mi clientela particular y quisiera referir aquí algo sobre sus diversas posibilidades de aplicación. Ante todo, debo decir que, en cuanto a la seguridad de acción, doy la preferencia a la Sistomensina. Indistintamente que se la emplee en forma de inyecciones o de tabletas, el éxito en ambos casos es igual y el modo de aplicación depende de condiciones externas. He empleado la Sistomensina:

1.º En las madres que amamantaban, cuando la secreción láctea disminuía, habiendo obtenido en la mayoría de los casos una acción excelente con el preparado. La primera vez lo receté, aconsejado por el docente HERMANN, en una puérpera en la que la secreción láctea había cesado al décimo día del parto. Al tercer día, después de suministrar cuatro tabletas de Sistomensina, la secreción láctea aumentó, para el sexto día volver a lo normal. Desde entonces he empleado el preparado en varias ocasiones con buen resultado en los trastornos de la lactancia.

2.º En las menstruaciones profusas, el resultado es a menudo sorprendente. En estos casos hago tomar 2 ó 3 días antes de la fecha en que se espera la menstruación, 3 a 4 tabletas diarias. La acción es muy rápida, también en aquellos casos donde se empieza con la medicación recién al presentarse la hemorragia. Llamo la atención, a veces, que las

enfermas se quejan luego de cefaleas persistentes; pero habitualmente logramos suprimir estas cefaleas con pequeñas dosis de bromuro.

3.º En las hemorragias de la menopausia. Aquí la Sistomensina puede competir, con pleno éxito, con cualquier otro preparado de los empleados hasta hoy día. El modo de aplicación es el mismo como para el n.º 2.

4.º En el flujo que no era debido a la infección. Aquí la opinión—siempre más generalizada—de que el flujo se debe a trastornos del sistema endocrino, me determinó a emplear el preparado en esta indicación. He hecho recién unos 10 ensayos y ruego a mis colegas que ensayen el preparado en este sentido y comuniquen sus resultados. Si bien no he conseguido—hasta hoy—un éxito duradero, quiero, sin embargo, referir especialmente un caso:

Una mujer de 49 años, que desde hace un año tiene flujo (nada de específico, al examen microscópico) y en la cual se habían ensayado sin resultado todos los medicamentos hasta ahora conocidos, recibió 3 tabletas de Sistomensina por día. Al tercer día, la enferma refirió que—sin lavaje ni tratamiento local—el flujo había cesado por completo. Le aconsejé a la enferma que siguiera tomando Sistomensina en tabletas durante tres días más. El flujo cesó por completo durante tres semanas; luego empezó nuevamente, pero en un grado mucho menor. Desgraciadamente perdí de vista a esta enferma.

Los ensayos en todos los otros casos, si bien han dado una disminución del flujo, no llevaron a un éxito completo. Quisiera hacer notar todavía que en todos estos casos hice suspender por completo el tratamiento local. Dado el pequeño número de casos, no puedo—naturalmente—dar una opinión decisiva, pero, sin embargo, quiero continuar los ensayos para más tarde referirme acerca de ellos.

5.º Repetidas veces he logrado, por medio del suministro de Sistomensina en período intermenstrual, postergar de 1 a 2 semanas la menstruación que se esperaba.

AGOMENSINA.—En cuanto a sus efectos, no son del todo tan seguros como con la Sistomensina, en lo que se relaciona con la naturaleza del terreno de sus indicaciones. La he empleado con resultado variable en las diversas clases de amenorrea. Respecto a su modo de acción, lo agruparía aquí junto con este último. Resultó eficaz, con bastante seguridad, en todos los síntomas por ausencia ovárica. Las molestias desaparecían casi siempre después de algunos días. Aquí suministré dosis mayores: 5 a 6 tabletas por día durante una semana. Para que la acción fuese más segura estaría indicado aumentar la dosis tanto quizás, 2 tabletas 4 veces por día. En cuanto a las inyecciones—que según los datos de la literatura más moderna, tienen una acción mucho más rápida e intensa que la medicación por vía bucal—no he tenido oportunidad de ensayarlas hasta hoy.

Intencionalmente, no he entrado aquí en discusiones teóricas, sino que he sostenido, únicamente, el punto de vista del médico práctico, quisiera decir, resumiendo, que ambos preparados constituyen un enriquecimiento tan valioso de nuestra farmacopea, que ningún ginecólogo debiera verse privado de ellos. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1928. N.º 33).