

**ESTRABISMO**—(Observaciones 1,716 a 1,742). El estrabismo propiamente hablando no es una enfermedad, sino un síntoma caracterizado por la desviación de un ojo con relación al otro.

En las observaciones comprendidas en este parágrafo se trata únicamente de estrabismo verdadero o concomitante, con presidencia del estrabismo paralítico, que dejamos incluído en las parálisis oculares.

El estrabismo aparece en los primeros años de la vida, cuando el niño empieza a fijar la visión, y como su aparición es brusca, generalmente los padres le atribuyen las causas más variadas (exposición brusca a la luz, colocación de algún juguete hacia el lado, etc.), siendo la verdadera causa la falta de sinergia en los movimientos oculares, según parece debida a vicios de conformación ocular (hipermetropía, miopía, estigmatismo), ya del globo, ya de su aparato motor.

De los diversos tipos en que se ha dividido el estrabismo, los que hemos encontrado entre los veintisiete casos que citamos, son: estrabismo convergente, veinte casos; estrabismo sursunvergente, un caso; estrabismo divergente, seis casos. Pertenece el primero a los hipermétropes; el segundo, que es raro, se combina muchas veces con el divergente, y al tercero pertenecen los miopes.

Para el estrabismo no hay propiamente un tratamiento sino diversos procedimientos según su tipo y causa. Lo primero que hacemos en nuestros enfermos es un estudio lo más completo y exacto de la refracción; en los niños, mediante la atropinización de una semana, que corregimos lo más exactamente posible. Cuando este tratamiento óptico no da éxito, en lugar de recurrir a la oclusión de un ojo, que por lo general en los niños no se logra que se haga de una manera continua, pues se quitan el tapaojos o miran por encima del vidrio despolido, acudimos al tratamiento quirúrgico, avanzamiento o tenotomía, según los casos, seguido de ejercicios por el diploscopio.

En la observación número 1,725, en que hicimos una doble tenotomía, fuera de la corrección óptica, tuvimos que acudir durante seis meses al tapaojos, después de la operación, con lo que se logró la completa curación.

#### SIMULACION DE ENFERMEDADES OCULARES

La simulación de ceguera, parcial o total, es muy rara entre nosotros, quizá por la poca costumbre que hay de hacer reclamaciones ante los Tribunales en casos de accidentes de ferrocarriles y accidentes de trabajo, cuya legislación apenas empieza a implantarse y por lo nuevo de la implantación del servicio militar obligatorio.

Sólo hemos visto un caso (observación número 770), que se refiere a un niño de trece años, que por pereza de ir al colegio decía que no veía bien porque era miope, siendo cogido en la superchería muy fácilmente al hacerlo ver los ototipos.

**BOCIO EXOFTÁLMICO**—(Observaciones números 1,743 a 1,752). Aunque la enfermedad de Basedow no sea propiamente una enfermedad ocular ni de la garganta, dada la frecuencia con que son consultados los oculistas y faringólogos para esta enfermedad, hemos creído conveniente incluir en esta estadística los casos que de ella hemos tenido ocasión de tratar.

De los diez casos citados ocho corresponden a mujeres y dos a hombres, realizándose aquí lo que dicen sobre el particular las estadísticas europeas de que el síndrome exoftálmico se presenta más frecuente en la mujer que en el hombre y la ataca casi siempre durante su vida genital (nuestras observaciones son todas entre los veinte y cuarenta y cinco años).

La exoftalmía, que según los autores constituye frecuentemente el primero de los síntomas en su aparición, es el que hemos notado menos intenso; en tres casos faltaba, en los otros no era muy marcado y sólo en uno (observación 1,743) se veía bastante. Por lo general bilateral, la exoftalmía del mal de Basedow es exil y reductible. Muchas veces en su ausencia hemos encontrado otros signos que ayudan a dilucidar el que el aparato ocular está atacado, tales como el signo de Rosenbach (ausencia del pestañeo) y el de Grafle (ausencia de paralelismo entre los movimientos de bajada del globo ocular y el párpado superior).

El bocio es más frecuente, no lo hemos visto faltar sino en dos casos (observaciones 1,747 y 1,750); hay gran eretismo, y su diagnóstico diferencial con los demás bocios se hace fácilmente por la presencia de los demás síntomas.

El temblor, que no se exagera con los movimientos, no lo hemos visto faltar sino en un caso (observación 1745). La taquicardia la hemos observado en todos los casos.

De los diez enfermos observados no hemos visto ninguno en quien los fenómenos generales hayan llegado a producir la muerte.

Como tratamiento médico hemos usado la antitiroidina de Morbius con bastante buenos resultados, especialmente contra la taquicardia y el bocio.

La administración de quinina, un gramo a gramo y medio por día, sostenida por intervalos de unos veinte días a un mes, la hemos visto que disminuye mucho la generalidad de los síntomas.

Sólo hemos tratado quirúrgicamente un caso en que la enferma se estaba caquectizando (observación 1,752);

su pulso llegó a 180 pulsaciones por minuto, y temíamos un desenlace fatal. Previo reposo de unos veinte días, administración de quina, antitiroidina y digital, cuando hubo una ligera calma, practicámosla extracción intracapsular, obteniendo una curación absoluta de todos los síntomas. Esta enferma la volvimos a ver un año después, y la curación se mantenía.

#### ENFERMEDADES DE LA GARGANTA

**BOCIO**—(Observaciones números 1,753 a 1,760). Con frecuencia acuden los enfermos a los especialistas de la garganta. Hemos visto ocho, de los cuales operámos dos sin accidente y con éxito.

**VARIA**—Al especialista acuden también con frecuencia enfermos atacados con enfermedades del cuello, que propiamente no tienen relación con la especialidad. Así puede verse en nuestras observaciones una tiroiditis aguda reumatisal (observación 1,761); dos casos de ganglios tuberculosos del cuello, que operámos (observaciones 1,762 y 1,763); un flemón del cuello, también operado (observación 1,764), y una actinomicosis de la región cervical anterior (observación 1,765), que había sido tomada por una fístula del cuello y que curó rápidamente con el yoduro de potasio.

**ANGINA CATARRAL**—(Observaciones números 1,766 a 1,771). La inflamación aguda de la garganta, o angina catarral aguda, ya revista el tipo tonsilar o difuso, no lleva por lo general al enfermo a consultar con el especialista, y por lo común éstos son tratados por un médico general o con remedios caseros. De aquí su poca frecuencia en esta estadística (seis casos) (1), siendo una afección que aunque cura fácilmente, debe tratarse con cuidado en vista de posibles complicaciones (inflamación del oído por la trompa de Eustaquio, transporte de microorganismos a diversos puntos del organismo con localizaciones ganglionares o articulares, etc.)

**ANGINA HERPÉTICA**—(Observaciones números 1,772 y 1,773). Esta angina, que según Lermoyez «es algunas veces una verdadera herpes de localización gutural,» no es específica, y es debida a infecciones varias (estafilococos, estreptococos, etc.) de marcha aguda, febril, dolorosa y acompañada de fenómenos generales, y presenta como signos locales vesículas diseminadas y placas pseudomembranosas.

En lo general, como en la anterior, es tratada por el médico más que por el especialista.

(1) Nos referimos a anginas primitivas y no secundarias, a ciertas pirexias, gripe, escarlatina, sarampión, etc.