

por segundo. Los accesos de pequeño mal, presentes varias veces al día, con pérdida transitoria del conocimiento, son frecuentes en la infancia. El término «pequeño mal», que no significa menor gravedad o brevedad del acceso, debe considerarse únicamente como sinónimo de la llamada picnoepilepsia. La administración de la tridiona suprime los accesos en un tercio de los enfermos y los modera extraordinariamente en otro tercio. El tratamiento modifica también el E. E. G. en muchos casos, con supresión de la alternación de flechas y cúpulas. La dosis conveniente es la de 0.3 gm. al día en los niños de menos de 2 años; 0.6 gm., entre dos y seis años, y 0.9 gm., después de esta edad. En caso de erupción cutánea deberá suspenderse la medicación, y empezarla de nuevo con aumento gradual. La fotofobia, que algunas veces perturba al paciente, obliga al uso de lentes oscuros. Una complicación más grave es la posible lesión de la médula ósea; por esta razón se recomienda el examen mensual de la sangre a los enfermos que toman esta medicación; la primera manifestación tóxica en este caso es la neutropenia con un descenso de los polimorfonucleares por debajo de 1.600 por mm. c. que obliga a suprimir la medicación. En algunos enfermos en quienes no se ha procedido así, la neutropenia ha podido evolucionar hacia la anemia aplásica y la muerte.

La administración juiciosa de una de estas medicaciones o la combinación adecuada de varias de ellas es eficaz en la gran mayoría de los enfermos.

Aspectos sociales. El papel del médico no se limita al tratamiento de los ataques, sino que debe procurar la eliminación de los obstáculos que se oponen al progreso social e intelectual del enfermo. En este aspecto, la educación es muy importante si logra desvanecer del público las ideas erróneas corrientes sobre la epilepsia y sus secuelas. La Liga Internacional contra la Epilepsia ha presentado grandes servicios, gracias a los cuales en la actualidad, las oportunidades de empleo para los epilépticos son muy superiores a las de cualquier época anterior. La Liga Argentina contra la Epilepsia, bajo la presidencia del doctor AQUILES GARCISO, es muy activa; cabe esperar que se organicen rápidamente otras en los distintos países de la América Latina.

OFTALMOLOGÍA

ALGUNOS DEFECTOS VISUALES Y ENFERMEDADES OCULARES QUE EL MÉDICO DEBIERA CONOCER (*)

Dr. C. DWIGHT TOWNES

En ocasiones es conveniente recordar a los cultivadores de otras ramas de la Medicina que en oftalmología hay ciertos procesos que deberían ser remitidos a un oculista con la mayor urgencia posible, con objeto de que el paciente tenga el máximo de posibilidades de conservar, o de mantener, la visión útil. Son las siguientes:

Oftalmia neonatorum. — El tratamiento de esta grave enfermedad — en otros tiempos causante de un elevado porcentaje de cegueras — es mucho más satisfactorio desde el descubrimiento de la penicilina. Mediante administraciones intramusculares le 10.000 unidades cada tres horas, con una dosis total raras veces superior a las 100.000 unidades, la infección responde rápidamente, a veces de forma espectacular. Por lo general, en 18 a 24 horas se obtiene ya frotis negativos. No se requiere otro tratamiento local que frecuentes irrigaciones de ácido bórico o salinas normales.

Catarata congénita. — Este defecto se advierte en ocasiones ya al nacer, pero por lo general no es descubierto hasta que al niño cuento ya algunas semanas o meses. Debido a lo pequeño de la pupila del niño y a su poder de

(*) Kentucky Medical Journal, 45: 405-412. 1947.

fiación no desarrollado, la inspección casual del ojo puede pasar por alto una catarata parcial. El examen debería ser completo, incluyendo la oftalmoscopia con una pupila ampliamente dilatada, bajo anestesia local, si es preciso. El tratamiento depende del tamaño y del tipo de la opacidad de la lente, de cómo ésta interfiere con la transmisión de la luz, y del estado del ojo en conjunto. El desarrollo funcional de la retina depende de su uso en el proceso visual. Si este proceso es obstruido por las opacidades lenticulares durante tres o cuatro años, la formación de la retina puede dejar de desarrollarse de manera apropiada y la plena visión no puede ya conseguirse mediante una operación para eliminar las opacidades.

Por consiguiente, si el examen revela una opacidad que interfiere con la visión útil, y se hace necesaria una operación, es importante que esta operación sea llevada a cabo pronto. Una operación satisfactoria puede llevarse a cabo en niños de menos de un año de edad.

Obstrucción del conducto nasolagrimal. — Ocasionalmente, un niño muestra un lagrimeo constante de un ojo — más raramente de ambos —. Esta epifora es el resultado de la obstrucción del conducto nasolagrimal. Algunas veces, la presión sobre el saco lagrimal, por debajo de la comisura interna del ojo, puede aliviar la obstrucción. Más a menudo, sin embargo, es preciso pasar una sonda a través del canal. Aun cuando algunos aconsejen dicha operación sin anestesia, ésta es más fácilmente llevada a cabo con anestesia total. Puesto que la obstrucción es debida a un tapón o membrana epitelial, no tiene tendencia a reproducirse, y es suficiente, por lo general, con un sondaje. Sin embargo, caso de presentarse la dacriocistitis, puede tener que repetirse la operación.

Estrabismo y ambliopía exanópsica. — Tanto los médicos como el público en general van comprendiendo mejor cada día, que los niños no superarán su estrabismo si se les deja solos, pero este tratamiento debe ser instituido pronto y proseguido, quizás, durante toda la niñez del paciente. Nuestra meta debería ser, (1) preservar una buena visión en ambos ojos, (2) corregir la desviación, (3) desarrollar, si es posible, la visión simple binocular.

Tan pronto como sea advertido el cruce de los ojos en el niño, éste debe ser llevado a un oculista para ser sometido a un examen completo, para determinar el tipo de anomalía, medir el error de refracción y detallar cualquier otra lesión.

El factor más importante en nuestro sistema de tratamiento es la preservación de la buena visión en ambos ojos. Si se permite la persistencia del estrabismo, el ojo afectado, debido al desuso, pierde su capacidad de ver normalmente. La falsa alineación de los ojos da lugar a la diplopía, o visión doble. La diplopía es intolerable, y el cerebro la supera rápidamente despreciando, o suprimiendo, la imagen del ojo estrábico, deteriorándose rápidamente la agudeza visual. A esta condición se le llama «Ambliopatía Exanópsica», ceguera parcial por el desuso. Si no es tratada hasta la edad de siete u ocho años, es imposible, o muy difícil, corregir la visión.

Existen diversas medidas para convertir un estrabismo monocular en alternante, lo que significa que en ambos ojos existe una buena visión. A menudo, el uso juicioso y supervisado de gotas de atropina durante un periodo de tiempo prolongado consigue este objeto. Algunas veces es conveniente utilizar recursos más perfeccionados para facilitar un entrenamiento ortóptico.

Tan sólo en algunos casos de un tipo especial de estrabismo, éste puede ser corregido mediante simples lentes, a pesar de que la mayoría de los casos resultan beneficiados mediante el uso de lentes convenientemente ajustados. Si es necesario, dichos lentes pueden ser prescritos para los niños de corta edad, incluso de menos de un año. Los prismas — tanto en la forma de suplemento o incorporados a los lentes del paciente — son probablemente útiles para el alineamiento correcto de los ojos.

A menudo, es necesaria la cirugía para conseguir el objeto propuesto. No

obstante, la operación debería ser, por lo general, diferida hasta los ocho años aproximadamente. Si se siguen medidas conservadoras no quirúrgicas, un tratamiento operatorio menos radical será más satisfactorio, y sus resultados suficientes.

Lesiones por contusión. — Los pacientes con lesiones por contusión del globo e hyphemia, deberían ser acostados y mantenidos en reposo durante varios días hasta que la sangre haya sido absorbida. No debe instilarse atropina. Por otra parte, debe utilizarse una droga miótica para constreñir la pupila en un esfuerzo por prevenir el glaucoma, caso de presentarse una segunda hemorragia.

Glaucoma. — Existen diversos tipos de esta enfermedad.

(1) Congestiva aguda (incompensada), caracterizada por la súbita presentación, córnea velada, pupila oval dilatada, congestión ciliar, visión disminuida, presión intraocular grandemente aumentada y un dolor intenso exacerbado en el ojo y en el lado de la cabeza.

No raras veces es confundido con la iritis aguda, de la cual debe ser diferenciado antes de empezar el tratamiento. La droga más beneficiosa en la iritis, la atropina, para dilatar la pupila, está absolutamente contraindicada en el glaucoma. En éste, la pupila debe ser contraída mediante un miótico tal como la pilocarpina o la eserina. Las características principales que permiten la diferenciación son, que en la iritis el globo del ojo es blando, mientras en el glaucoma es duro como la piedra; y en la iritis la pupila es pequeña y redonda, mientras en el glaucoma es dilatada y oval.

(2) Glaucoma crónico no congestivo (compensado). Es lento e insidioso en su desarrollo, que a menudo progresa de tal forma, que no resta ya más que un pequeño campo de visión antes de que el paciente se dé cuenta de que sucede algo anormal. La agudeza visual central permanece buena hasta el fin, mientras se pierde gradualmente la visión periférica. Como norma, el glaucoma compensado es una enfermedad que se presenta en la edad media y avanzada, aun cuando puede encontrarse también algún tiempo después de la pubertad. Todos los oculistas están constantemente al acecho del glaucoma. Esta enfermedad aumenta actualmente en extensión o su diagnóstico se hace con mayor frecuencia, pues el número de casos observados es mayor que antiguamente.

No existen síntomas que sirvan para establecer un diagnóstico concluyente en los estadios primarios. Entre los signos precoces que el paciente puede comprobar, se encuentran los siguientes:

1. Perturbaciones en la adaptación a la oscuridad.
2. Molestias oculares durante la noche o en el cine.
3. Frecuente cambio de lentes.
4. Dolores oculares y dolor de cabeza a primeras horas de la mañana.
5. Periodos recurrentes de visión confusa.
6. Halos alrededor de las luces.

Desprendimiento de retina. — Existen tres tipos:

1. Primario o idiopático.
2. Secundario.
3. Traumático.

Todos los tipos requieren un reconocimiento y tratamiento precoz para una recuperación satisfactoria de la visión, pero es solamente el segundo tipo el que vamos a discutir brevemente en este lugar. La causa precipitante de la separación de la retina puede ser un tumor intraocular, generalmente un melanoma maligno o melanosarcoma de la túnica media del ojo, que ha alcanzado un tamaño suficiente para desplazar a la retina de su posición.

En tales casos, es preciso que el ojo sea extraído urgentemente, puesto que tales tumores son altamente malignos y metastatizan rápidamente una vez se han extendido más allá de los límites del globo del ojo.

Retinitis diabética hemorrágica. — Cada vez con mayor frecuencia observa-

mos la grave retinitis hemorrágica en pacientes diabéticos, incluso, a pesar de que muchos de ellos tienen bien controlado el azúcar urinario y en la sangre. Por lo general, la degeneración vascular en la retina se encuentra en los pacientes con una diabetes de larga duración. Es evidente que la influencia de los niveles de azúcar no es suficiente para preservar la integridad del sistema vascular de la retina ni para prevenir la incrementada permeabilidad de los capilares. La retinitis hemorrágica es actualmente considerada como parte de la enfermedad misma, más bien que una complicación de la diabetes. Las dietas con una elevada proporción de proteínas, 100-200 Gm. diarias, son convenientes durante varios meses para corregir los bajos niveles de albúmina de plasma.

Trasplantes de córnea. — Este procedimiento está indicado en los ojos que presentan una opacificación córnea sin grave participación de las otras estructuras oculares. En tales casos, la sustitución de la porción central de la córnea opaca por tejidos claros procedentes de otra córnea sana, dan por resultado un espacio claro a través del cual el paciente puede gozar de una mejoría en su visión. El número de casos que requieren estas indicaciones, es actualmente muy reducido.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

PROBLEMAS LARÍNGEOS DE LOS CANTANTES Y ORADORES (*)

Dr. R. SCOTT STEVENSON

LAS voces de los cantantes y de los oradores profesionales están expuestas a graves perjuicios — o incluso pérdidas — por el uso inadecuado o abuso del aparato vocal, por el temor a la presentación en público, o por el efecto del alcohol o de otras sustancias tóxicas.

R. SCOTT STEVENSON, laringólogo de la Real Academia de Música, Real Academia de Arte Dramático y de la Asociación de Artistas de Concierto, sugiere varias medidas que pueden facilitar al artista la conservación de un contrato.

La laringitis aguda exige siempre un reposo absoluto de la garganta. Una actuación inminente debería ser, en todo caso cancelada, aun cuando miles de personas hayan abonado ya elevados precios por sus localidades. Las compresas frías, compuestos de aspirina e inhalaciones de vapor, son de suma utilidad en estos casos.

En la laringitis catarral menos grave, la nariz se despeja con un baño alcalino seguido por un baño de mentol, eucaliptol y paroleína. La faringe puede ser pincelada una vez con solución de Mandl, y algunas gotas de adrenalina aplicadas a la laringe por medio de una jeringa.

Un actor o cantante pierde a veces la voz en el día de una actuación de importancia en su carrera, debido a la fatiga de un prolongado ensayo. En este caso, debería acostarse con una compresa fría alrededor de la garganta, usar sencillas gotas nasales mentoladas cada tres horas, y estarse en la cama hasta tan tarde como le sea posible. Una hora antes de levantarse el telón, debería beberse media botella de champaña. Si la dificultad es principalmente psicológica, el médico debe empujar simplemente al cantante que se resiste, hasta el escenario.

La laringitis crónica se presenta únicamente cuando la voz es usada constantemente, como sucede entre los clérigos, maestros, corredores de apuestas, vendedores y fanáticos del deporte.

El hablar en un medio ruidoso, especialmente al aire libre, impone una gran tensión sobre la voz. El beber y fumar son asimismo nocivos. El alcohol

(*) The Practitioner 159: 452-458. 1947.