3000

488

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL PROTARGOL EN OFTALMOLOGÍA

TESIS INAUGURAL

DE

ADOLFO BARBEITO
Exinterno del Hospital Francés (1894-1895); expracticante de vacuna (1895-1896)
Exinterno por oposición del Hospital de Flores (1897)

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE P. E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
1898

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

EL PROTARGOL EN OFTALMOLOGÍA

TESIS INAUGURAL

DE

ADOLFO BARBEITO
Exinterno del Hospital Francés (1894-1895); expracticante de vacuna (1895-1896)
Exinterno por oposición del Hospital de Flores (1897)

BUENOS AIRES
IMPRENTA DE P. E. CONI É HIJOS
680 — CALLE PERÚ — 680
1898

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en esta tesis.

(Art. 162 del Reglamento.)

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Doctor ENRIQUE E. DEL ARCA

VICE-DECANO

Doctor Pedro Mallo

ACADÉMICOS TITULARES

Doctor Leopoldo Montes de Oca
» José T. Baca
» Rafael Herrera Vegas
» Pedro Mallo
» Jacob de T. Pinto
» Eufemio Uballes
» Juan R. Fernandez
» Enrique E. del Arca
» Pedro N. Arata
» Manuel Blancas
» Roberto Wernicke
» Pedro Lagleyze
» José Penna
» Luis Güemes
» Eliseo Cantón.

ACADÉMICOS HONORARIOS

Doctor Ernesto Aberg
» Pablo Marengo
» Eduardo Wilde
» Martin Spuch
» Telémaco Susini
» Emilio R. Coni
» Edmundo Nocard

Secretario titular : Dr. Luis M. Acuña
Prosecretario : Dr. Zenón Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

TITULARES

Anatomía Descriptiva	Doctor Juan José Naón.
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce.
Histología teorico-práctica	» Rodolfo de Gainza.
Fisiología General y Humana	» Pedro J. Coronado.
Higiene Pública y Privada	» Melitón Gonzalez del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	» Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma.
Patología Externa	» Obdulio Hernandez.
Patología Interna	» José Penna.
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini.
Bacteriología	» Carlos G. Malbrán.
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica.	» Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	» Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	» Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	» Julián Aguilar.
	» Antonio C. Gandolfo.
	» Alejandro Castro.
Clínica médica	» Gregorio N. Chaves.
	» Luis Güemes.
	» Abel Ayerza.
	» Francisco A. Sicardi.
Obstetricia y clínica respectiva	» Samuel A. Molina.
Medicina Legal	» Eduardo M. Perez.
Enfermedades génito-urinarias	» Federico Texo.
Toxicología	» Juan B. Señorans.
Química aplicada á la Medicina	» Pedro N. Arata.
Química analítica	» Atanasio Quiroga.
Física Médica	» Jaime R. Costa.
Zoología médica	» Eliseo Cantón.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Baldomero Sommer.
Laringología, otología y rinología	» Eduardo Obejero.
Farmacia teórica	» Juan A. Boeri.
Botánica médica	» Martín Spuch.
Botánica farmacéutica	» Adolfo Mujica.
Farmacia práctica	» J. Manuel Irizar.
Obstetricia para alumnas parteras	» Juan R. Fernández.
Odontología	» Nicasio Etchepareborda.
Dentistería operatoria	» León Pereyra.

SUSTITUTOS

Anatomía Descriptiva	Doctor Juan D. Piñero.
Anatomía Topográfica	» Avelino Gutiérrez.
Histología teorico-práctica	» Samuel de Madrid.
Fisiología general y humana	» Vacante.
Higiene Publica y Privada	» Enrique Revilla
	» Ricardo Schatz.
Patología General y Ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica	» Enrique E. del Arca.
	» Angel M. Centeno.
Patología Externa	» Daniel J. Cranwell.
	» Pascual Palma.
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patológica	» José Badía.
Medicina operatoria	» Alejandro Posadas.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica..	» Alfredo Lagarde.
	» José F. Molinari.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica	» Antonio F. Piñero.
	» Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica.	» Francisco Barraza.
	» Teofilo A. Moret.
Enfermedades nerviosas y su clínica	» José A. Estevez.
	» Jose R. Semprun.
Enfermedades mentales y clínica respectiva	» Benjamín T. Solari.
Clínica Quirúrgica	» Juan B. Justo.
	» Diógenes Decoud.
Clínica Médica	» Julio Mendez.
	» Ignacio Allende.
Física médica	» Juan J. Galiano.
Obstetricía y su clínica	» Luis F. Vila.
	» Fanor Velarde.
Medicina legal	» Francisco de Veyga.
	» D. Cavia.
Toxicología	» Juan Alba Carreras.
Química aplicada á la Medicina	» Vacante.
Farmacia práctica	» Vacante.
Botánica médica	» Roberto Kolbe.
Enfermedades venéreas y dermatología	» Maximiliano Aberastury.
Laringología, otología, rinología	» Wenceslao Tello.
Obstetricía para alumnas parteras	» Enrique Pietranera.
Dentistería operatoria	» Vacante.

PADRINO DE TESIS

ACADÉMICO DOCTOR MANUEL BLANCAS

Á MI PADRE

Gratitud eterna

A MI QUERIDA MADRE

A MIS HERMANOS

Señor presidente,

Señores profesores:

Al someter á vuestro ilustrado criterio este sencillo trabajo, lo hago con la humildad del estudiante que acaba de dejar la Facultad.

Al optar por el tema que he escogido para cumplir con la última fórmula prescripta por el reglamento de la Escuela de Medicina, lo hago, no sin comprender que soy el menos indicado para hacer un trabajo completo de este nuevo medicamento, cuya aplicación en las afecciones oculares data recién de este año, pero quiero contribuir en la medida de mis limitados conocimientos, al estudio de este nuevo tratamiento de las diversas formas inflamatorias de la conjuntiva.

Al dar la última prueba que la Facultad me exige para obtener el título de doctor, quiero dejar

constancia de mi más profundo agradecimiento y respeto para con todos aquellos profesores de quienes recibí sus sabias lecciones, y muy especialmente al doctor Manuel Blancas, que me hace el alto honor de acompañarme en este acto; debo también manifestar mi más sincero agradecimiento á mi ilustrado maestro y apreciado amigo, doctor Mollard, quien con tanto desinterés y competencia me ha guiado en mis investigaciones sobre el valor terapéutico de este nuevo agente, cuyos resultados son motivo de esta tesis.

EL PROTARGOL EN OFTALMOLOGÍA

La terapéutica es enriquecida constantemente con numerosos cuerpos descubiertos por los químicos, medicamentos que, por lo general, resultan de muy poco valor práctico ; felizmente hay sus excepciones, constituyendo éstas verdaderas conquistas de la medicina moderna. Creo que el protargol puede colocarse entre estas últimas.

Descubierto por el doctor Eichegrün, fué introducido en la terapéutica por el doctor Neisser, médico alemán, quien lo empleó en el tratamiento de la blenorragia, notando, con satisfacción, que podría reemplazar con ventajas al nitrato de plata.

Más tarde, P. Nogués, Edesnos, Benario, Barlow, y otros, emplearon el protargol en la misma enfermedad que Neisser, habiendo igualmente notado sus excelentes resultados.

Basados en los estudios de Neisser, los oculistas, entre los cuales citaré especialmente al doctor A. Darier (quien propuso á la Academia de Medicina de París, en su sesión del 11 de enero de 1898, sustituir el nitrato de plata por el protargol en las afecciones oculares), V. Deneff (del hospital de Gand), Claeys y otros, no tardaron en ensayarlo en las diversas formas inflamatorias de la conjuntiva, comprobando una vez más, por medio de numerosas observaciones, las experiencias de Neisser.

Cediendo á la agradable impresión producida por los interesantes estudios de los profesores citados, principié mis investigaciones sobre el valor terapéutico de este nuevo medicamento, cuyos resultados, tan halagüenos, son objeto de mi tesis.

El protargol es un proteinato de plata que resulta de las combinaciones de la plata con las substancias proteicas. Se presenta bajo la forma de un polvo fino, de un color moreno claro, ligeramente amarillento, se disuelve en el agua, con la cual

forma soluciones tanto más obscuras, espesas y untuosas, cuanto más concentradas son éstas. Para disolverlo, es necesario previamente humedecerlo y en seguida agregar el resto del agua de la solución que se quiera obtener, agitando constantemente. Al disolverse, forma una espuma de un color amarillento y algo espesa. Es una combinación estable, distinguiéndose en esto de la argentamina, que se altera espontáneamente al cabo de algunos días.

No se precipita por los álcalis, ni por los sulfuros, el calor tampoco lo precipita; no coagula la albúmina, ni es precipitado por el cloruro de sodio de los líquidos orgánicos.

Es poco irritante, aun las soluciones muy concentradas, 50 °/₀, jamás son tan cáusticas como las de nitrato al 1 por 50; siendo tanto ó menos dolorosas aun que las cauterizaciones con la piedra de sulfato de cobre.

No mancha la piel, ni destruye los tejidos, como lo hace el nitrato de plata.

Bajo el punto de vista de riqueza en plata, el protargol contiene:

	Por ciento de plata
Protargol	8.3
Nitrato de plata	68.5
Argonina	4.0
Argentamina	10.0

Si es verdad que se cuentan por centenares los ojos salvados por el nitrato de plata, no es menos cierto que su empleo es de lo más delicado. En manos de personas poco acostumbradas á su manejo, este poderoso agente suele ser de muy serias consecuencias.

Las ulceraciones de la córnea, la producción de falsas membranas de la conjuntiva, debido al empleo intempestivo ó demasiado prolongado del nitrato de plata, no son raras.

Considerado como el único agente capaz de combatir con éxito á una de las afecciones más graves del ojo, la oftalmía purulenta, denominado el específico de la conjuntivitis blenorrágica, el nitrato de plata se hacía obligatorio, se imponía, no había más que resignarse, y todos los médicos se acos-

tumbraron por fin á emplearlo, no sin desconocer la serie de complicaciones que él puede ocasionar.

¿Los efectos del protargol son tan rápidos y eficaces como los del nitrato de plata?

Darier, en sus extensas notas leídas en la academia de medicina de París (sesiones del 11 de enero y 24 de mayo de 1898), así lo piensa, proponiendo que sea reemplazado el nitrato de plata por el protargol, sosteniendo que en ningún caso los efectos curativos del primero pueden considerarse superiores á los obtenidos por el segundo.

Sin participar en un todo de la opinión de Darier, creo, sin embargo, que algunas incógnitas se han despejado de tan delicado problema; nuevas observaciones nos demostrarán la verdad.

En los casos que yo he observado, he comprobado la bondad del nuevo tratamiento de las diversas formas de conjuntivitis, especialmente de la blenorrágica, donde su eficacia es indiscutible.

ESTUDIO COMPARATIVO DE AMBOS CUERPOS

Una de las principales ventajas que el protargol posee sobre el nitrato de plata, es la de ser mucho menos irritante.

Esto lo he notado en todos los enfermos, no habiendo tenido que recurrir á la cocaina más que en un caso, cosa que es muy común en los tratados por el nitrato de plata.

En los enfermos (observaciones n°s II, III y IV), que habían sido tratados antes por el nitrato de plata, he notado lo siguiente : el dolor producido por este último agente les duraba á veces hasta dos horas después de la curación, mientras que el debido á la aplicación del protargol, solamente les molestaba un cuarto de hora, no siendo nunca tan agudo como el ocasionado por el nitrato.

El color rojo intenso que toma la conjuntiva des-

pués de cada curación, desaparecía, volviéndose ésta más pálida al cabo de treinta minutos, cuando ésta era debida á las aplicaciones del protargol, no sucediendo esto, cuando los pacientes eran tratados por el nitrato de plata, en cuyo caso, la conjuntiva permanecía roja varias horas, sucediendo á veces que la irritación de la conjuntiva, ocasionada por los toques, no desaparecía hasta el otro día.

En estos enfermos también he notado que, al cabo de cinco minutos, abrían los ojos, la luz poco les molestaba, podían caminar sin ser conducidos, mientras que cuando se los curaba con el nitrato, recién después de media hora y á veces más tiempo abrían los ojos, siéndoles aún incómoda la luz.

El enfermo (observación nº II), que se resistía á todo trance á ser curado por el nitrato, se mostraba sino gustoso, por lo menos más conforme, cuando para ello se empleaba el protargol.

Las falsas membranas, tan comunes en las personas tratadas mucho tiempo con el nitrato, son también debidas á la acción tan cáustica de este cuerpo.

Se explica la intensidad del dolor y la fotofobia ocasionada por las aplicaciones del nitrato, por la destrucción del epitelio que tapiza la córnea y la conjuntiva. Quedando la córnea completamente desprovista de su capa protectora, lo mismo que el delicado tejido que constituye la conjuntiva enferma, la trama nerviosa de ambas membranas está sometida al contacto directo de las lágrimas, aire, cuerpos extraños y fricciones de los párpados en movimiento continuo.

Si se instila en un ojo enfermo una gota de solución de proteinato de plata al 5 °/₀, el paciente no sufre ningún dolor, sólo experimenta una sensación semejante á la que produciría una gota de agua. Si es al 10 °/₀, los pacientes sufren, es verdad, un dolor, pero éste desaparece gradualmente, al cabo de un minuto. Cuando se invierte el párpado y se pasa por la conjuntiva un pincel empapado en una solución al 10 °/₀, los enfermos acusan una incomodidad y malestar semejante al que produce el simple contacto del pincel. Aun soluciones muy concentradas al 50 °/₀, que es la que yo he empleado en todos mis enfermos, jamás produ-

cen un dolor tan intenso y de tanta duración como el ocasionado por la solución de nitrato de plata al 1 por 50. Los pacientes sufren menos aún que cuando se les cauteriza con piedra de sulfato de cobre.

El protargol no coagula la albúmina de los tejidos como lo hace el nitrato, pudiendo de esta manera penetrar más profundamente en el espesor de los tejidos que este último cuerpo.

Las experiencias de Schaeffer claramente lo demuestran.

Schaeffer haciendo cortes en los tejidos tratados previamente por soluciones de diversas sales de plata y colocados en seguida en una de sulfidrato de amoníaco, ha observado que la infitración negra de sulfuro de plata es superficial en los cortes tratados por el nitrato de plata, mientras que es mucho más profunda en los sumergidos en soluciones de argentamina y protargol. Estos dos últimos cuerpos penetran cinco veces más profundamente. Por lo tanto, la acción de ellos es llevada mucho más lejos que la del nitrato, permitiéndoles de esta

manera actuar sobre ciertas formas de conjuntivitis infecciosas crónicas, que habiéndose localizado muy profundamente, el nitrato no ejerce ninguna influencia sobre ellas.

Schaeffer ha estudiado también el poder germicida del proteinato de plata, y de sus experiencias ha deducido que la acción antiséptica del protargol sobre el gonococcus de Neisser, es mucho mayor que la del nitrato.

Esta es una de las grandes ventajas que presenta el protargol sobre el nitrato, pues la curación de una de las formas más graves de conjuntivitis, la blenorrágica, es mucho más segura por este nuevo agente; agregando á esto los serios inconvenientes que presenta el empleo del nitrato, peligros que son salvados por el uso del protargol, se comprende fácilmente la bondad del nuevo tratamiento empleado en una de las afecciones más graves del ojo

Él constituye un método racional, eficaz y sin peligro alguno. Las numerosas observaciones de Darier así lo demuestran. Yo he podido comprobar su eficacia en el enfermo de la observación nº I.

El protargol no es precipitado por las lágrimas, pudiendo de esta manera obrar más eficazmente en algunas formas de conjuntivitis infecciosas que el nitrato de plata, el cual es descompuesto inmediatamente á su contacto. Es verdad que esta propiedad del nitrato es, hasta cierto punto, la condición indispensable de su empleo, porque de lo contrario sus aplicaciones serían insoportables y mucho más peligrosas de lo que son en sí, pero bajo el punto de vista de su poder germicida no sucede lo mismo, puesto que al precipitarse pierde todo su valor antiséptico.

El protargol no destruye los tejidos en los cuales se aplica, gozando, por consiguiente, de la ventaja de poder ser empleado largo tiempo sin temor de complicaciones de ningun género, no pasando lo mismo con el nitrato, el cual, fuera de las complicaciones que ya he hecho notar (falsas membranas, úlceras de la córnea), el uso prolongado de él vuelve muy sensible la conjuntiva, ocasionando en ella una verdadera hiperestesia y colocándola, por lo tanto, en condiciones bastante desfavorables para

seguir el tratamiento y sobre todo para luchar contra cualquier otra clase de afección, desde el momento que los tejidos han perdido sus propiedades y sus fuerzas vitales seriamente comprometidas.

DÓSIS Y MODO DE EMPLEARLO

Darier emplea la solución al 5 °/₀ para las instilaciones (una ó dos gotas) hechas por los pacientes en su domicilio, dos ó tres veces por día en el intervalo de las curaciones, ó como único tratamiento en los casos de conjuntivitis ligeras.

La solución al 20 °/₀ la emplea en todos los casos de conjuntivitis catarral, aun en las más agudas, notando que los resultados obtenidos son tanto mejores, cuanto que ésta es más intensa. Las curaciones las repite todos los días ó cada dos días, según el grado de la enfermedad.

En los intervalos emplea el colirio al 5 °/₀ en la forma y modo ya indicado.

En los casos de conjuntivitis purulenta, si las cauterizaciones hechas dos veces por día con la solución al 20 °/₀ no conducen á un rápido mejora-

miento, emplea la solución al 50 °/₀, aconsejando que se haga uso de ésta desde el principio de la enfermedad, en los casos de conjuntivitis purulenta muy graves ó crónicas.

Las curaciones las hace dos veces por día, siempre que la secreción purulenta sea abundante, alargando el intervalo de éstas á medida que la secreción vaya desapareciendo.

Darier aconseja seguir empleando durante varios días, las instilaciones del colirio al 5 °/₀ después que la secreción haya terminado, especialmente cuando esto ha tenido lugar rápidamente.

Aún en aquellos casos en que la enfermedad se hubiera complicado de ulceraciones corneanas profundas y extensas, el empleo del proteinato de plata le ha dado resultados excelentes: pero él no afirma que este nuevo tratamiento ejerza una influencia favorable sobre la evolución de las úlceras.

Darier ha empleado también el protargol en los casos de conjuntivitis purulenta con pseudomembranas, en los que, por lo general, el nitrato de plata está contraindicado; habiendo observado que en muchos de ellos las falsas membranas

desaparecieron después de las primeras cauterizaciones.

En los casos de conjuntivitis granulosa, ha notado que el protargol da tan buenos resultados como el nitrato de plata, pero no da reglas precisas respecto á la manera de emplearlo.

En la dacriocistitis, los resultados obtenidos por las inyecciones de las soluciones al 10 °/₀ han sido inmejorables, notando que la secreción purulenta terminaba mucho más pronto y con menos dolor que con cualquiera de los otros tratamientos.

Darier aconseja el uso del protargol como medio profiláctico en la conjutivitis purulenta, empleando para ello las soluciones al 10 ó 15 por ciento, siguiendo las mismas reglas establecidas por Credé para el empleo del nitrato de plata.

Darier, en sus trabajos para llegar á demostrar las dósis máximas del protargol, ha probado que esta dosis no existe; que se puede hacer uso de soluciones muy concentradas sin peligro alguno.

He aquí sus investigaciones:

«He principiado por emplear soluciones al 5 por ciento, después al 10, al 20, al 50 por ciento, sin

provocar jamás dolores violentos, ni escaras conjuntivales, ni trastornos de la córnea, aun cuando esta última fuera ulcerada hasta la membrana de Descemet.

« Más aún, he aplicado el proteinato de plata al natural bajo la forma de polvo sobre la conjuntiva, practicando con la pulpa del índice un ligero masaje hasta que todo el polvo hubiera sido disuelto. En los granulosos he dejado en los fondos de sacos pequeñas mechas de algodón impregnadas de polvo de protargol; después de la permanencia de un cuarto de hora ahí no había ni la menor escara. La conjuntiva era roja, infiltrada, hinchada, dejando salir una serocidad abundante y viscosa, las granulaciones eran como digeridas. He dejado las mechas de algodón en los fondos de saco de la conjuntiva, en los granulosos, hasta una hora, habiendo notado una ligera infiltración superficial asemejándose á una delgada escara, que desaparecía bien pronto espontáneamente, y más rápidamente aún, si se agregaba algunas gotas de la solución de protargol. »

Darier concluye diciendo que hasta la fecha no hay ninguna sal de plata que pueda aplicarse al

natural sobre la conjuntiva sin peligro alguno. De donde deduce que el protargol es absolutamente inofensivo, pudiendo emplearse á dosis muy elevadas sin temor de complicaciones.

Denneff y Claeys se han servido de soluciones al 5 y 10 por ciento empleándolas en las diversas formas de conjuntivitis.

La solución de que yo me he servido en todos los casos, es al 50 °/₀, habiéndome dado en todos ellos buenos resultados.

Al comenzar sus aplicaciones, empleaba la solución al 10 °/₀, después al 20 °/₀, y como notara que estas soluciones eran poco cáusticas, no dando resultados tan inmediatos, y teniendo en cuenta las observaciones de Darier, que demuestran, como ya he dicho, que el proteinato de plata puede ser empleado á dosis muy concentradas, sin temor de complicaciones, no trepidé en elevar su dosis al 50 °/₀.

La solución al $^1/_{10}$, la he empleado solamente para completar el tratamiento en los días que siguen á la desaparición de todos los fenómenos inflamatorios.

He también hecho uso de ellas en varios casos de conjuntivitis hiperémica, limitada á una ligera inyección conjuntival, y un poco de dacriorrea, habiendo bastado dos ó tres toques con esta solución para que todo volviese á su estado normal.

En los casos en que la secreción muco-purulenta ó simplemente purulenta era muy abundante, me he va ido de las soluciones boricadas al 4 °/₀, empleadas bajo forma de lavajes : toda vez que la secreción se había vuelto puramente mucosa, estos eran suprimidos.

En el enfermo (observación número 1), se ha empleado el formol al $^{1}/_{3000}$ durante los primeros diez días de la enfermedad.

MODO DE PRACTICAR LAS CURACIONES

Después de haber lavado el ojo con soluciones boricadas, en los casos en que la secreción era abundante, y una vez secado con compresas de algodón, hago mirar el paciente hacia abajo, tomando en seguida el borde libre del párpado superior entre el pulgar y el índice de la mano izquierda, ejerciendo una ligera tracción hacia abajo y adelante, al mismo tiempo que con el pulgar de la mano derecha hago una suave presión sobre la cara externa del párpado por arriba del cartílago tarso, haciendo deslizar el dedo de adentro hacia afuera, consiguiendo de esta manera invertir el párpado. Una vez el párpado superior invertido lo sostengo en esta posición con el mismo dedo.

Con la mano derecha tomo el pincel empapado en la solución que quiero emplear, pasándolo tres veces por los párpados así invertidos.

Darier, para practicar las curaciones, invierte igualmente los párpados.

OBSERVACIONES

I

CONJUNTIVITIS BLENORRÁGICA

Emilio D., 25 años, francés. Estado general bueno.

Ha sido siempre sano hasta el 25 de julio de 1898, que se enferma de blenorragia.

Se presenta al consultorio externo del hospital Francés, servicio del doctor Mollard, el 10 de agosto, manifestando que hace tres días se encuentra enfermo del ojo derecho.

Este se encontraba en las siguientes condiciones: secreción purulenta de un color amarillo muy abundante, dolor intensísimo, los párpados de un color rojo violáceo y edematosos, el superior muy voluminoso, oculta casi por completo el globo del

ojo, la más suave presión sobre los párpados ocasiona fuertes dolores, era imposible abrir el ojo.

Al apartar los párpados, se nota que la conjuntiva está muy roja é infiltrada, sobre todo la bulbar que forma alrededor de la córnea una quémosis bastante manifiesta.

El 10 de agosto, se le hace una cantotomía.

El mismo día principiaron las curaciones con el protargol, solución al 50 °/₀, curándosele dos veces por día.

Día 12. La secreción había disminuido, el dolor no tan intenso, los párpados menos voluminosos, la inyección conjuntival menos marcada.

Día 13. Los diversos síntomas inflamatorios siguen declinando.

Día 14. La secreción es mucho menos abundante, no tan amarilla y menos espesa, la hiperemia conjuntival cada vez menos intensa, la quémosis alrededor de la córnea casi ha desaparecido.

Día 15. La secreción sigue, siendo menos abundante y más líquida, el dolor notablemente disminuido, los párpados presentan su color normal,

son mucho menos edematosos, pueden ya invertirse no sin ocasionar un poco de dolor.

Día 17. La secreción es mucho más líquida y menos abundante, los párpados presentan su aspecto normal, no estando aumentados de volumen, la conjuntiva más pálida, la quémosis ha desaparecido.

Día 20. La secreción simplemente serosa, no siente dolor, ni espontáneo, ni á la presión, la conjuntiva poco hiperemiada, el enfermo manifiesta estar mucho más aliviado.

Curación con la misma solución cada 24 horas.

Día 22. La secreción serosa sigue siempre disminuyendo, la congestión de la conjuntiva muy poco marcada.

Día 26. La secreción ha desaparecido lo mismo que todos los demás síntomas inflamatorios. El enfermo ha curado sin complicaciones corneanas.

Se le siguió curando durante tres días con la solución al 50 °/₀, después durante otros tres días con la solución al 1 por 10, haciéndole dos últimos toques con esta misma solución cada dos días.

Fué dado de alta el 4 de septiembre.

Además del tratamiento con el protargol, el paciente se aplicaba compresas empapadas en una solución de formol al 1 por 3000.

II

CONJUNTIVITIS PURULENTA

Alejandro R., 3 años, argentino, estado general bueno.

A la edad de un año sufrió un golpe en el ojo derecho produciéndole una catarata traumática, fué operado en el Hospital Italiano.

El 10 de mayo de 1897 fué traído al consultorio externo del Hospital de Flores, afectado de una conjuntivitis purulenta, probablemente blenorrágica, pues la madre padecía de blenorragia. Presentaba los párpados muy edematosos, secreción purulenta (color amarillo) muy abundante, fotofobia, dolor intenso, conjuntiva infiltrada.

Hacía cinco dias que la enfermedad se había iniciado, curándose en su domicilio con solución

de ácido bórico; vino al hospital en un estado lamentable, el ojo derecho, que fué el primero en enfermarse, era el más comprometido, la córnea estaba en gran parte ulcerada, en el ojo izquierdo la córnea también estaba ulcerada, pero no en tan gran extensión.

Se le trató con nitrato de plata, solución al 1 por 50, durante los cinco primeros días, curándosele cada doce horas los tres primeros días y cada veinticuatro los otros dos. En los días siguientes se le curó con una solución al 1 °/₀ una vez por día; el intervalo de las tres últimas curaciones fué de dos días.

Además del empleo del nitrato, el paciente se hacía lavajes con ácido bórico al 4 °/₀ tres veces por día. Fué dado de alta el 1° de junio.

En esta fecha todos los fenómenos inflamatorios habían desaparecido; el dolor, la fotofobia, el edema palpebral, la secreción purulenta, etc., etc. Sólo quedaba, como consecuencia de lo tarde que se comenzó el tratamiento, un leucoma, ocupando en el ojo derecho la mitad inferior de la córnea, esta sólo era transparente en su segmento superior,

en el izquierdo el leucoma ocupaba la parte central y externa de la córnea.

La conjuntiva palpebral hipertrofiada y rígida, las papilas aumentadas de volumen. El paciente continuó curándose en su casa con una pomada de óxido amarillo de mercurio y vaselina.

En el espacio de un año, la enfermedad sufrió diversas alternativas, pasando épocas bien y otras en que la supuración se hacía abundante. Se le curaba entonces con diversos medicamentos, la madre no sabe cuáles eran, pero no se obtenía sino una mejoría relativa, no tardando en volver la supuración, el dolor, la incomodidad á la luz, etc.

Se presenta de nuevo al hospital el 6 de julio de 1898 en las siguientes condiciones: secresión purulenta abundante, fotofobia intensa, dolor, la conjuntiva muy inyectada, los párpados edematosos. Se le curó con nitrato de plata durante los dos primeros días, pero en vista de que la enfermedad no declinaba y sobre todo por lo doloroso que eran las aplicaciones del nitrato, se resolvió seguirlo tratando con el protargol.

Las curaciones se le hacían todos los días, siendo éstas menos dolorosas.

Día 10. La secreción había disminuido, el dolor menos intenso.

Día 13. La secreción era muco-purulenta, la luz le molestaba mucho menos, los párpados, que al principio eran aumentados de volumen, son hoy casi normales, el paciente comienza á abrir los ojos.

Día 15. La secreción era mucosa, la fotofobia menos marcada, el dolor había casi desaparecido, notándose el enfermo alegre.

Día 17. La secreción limitada á un ligero lagrimeo, no manifestaba dolor, los párpados normales, la conjuntiva era aún un poco roja, la luz no le incomodaba.

Día 22. Todos los síntomas inflamatorios habían desaparecido quedando simplemente las afecciones corneanas que antes he descrito y un poco de hipertrofia de la conjuntiva.

Se le siguió curando todos los días hasta el 27 con la solución al 1 por 2, después con la solución al 1 por 10 hasta el 2 de agosto, el 4 y el 6 se trató

igualmente con esta última solución. Se le dió de alta el 8 de agosto.

El enfermo fué visitado el 30 de agosto no habiendo sufrido durante todo este tiempo ninguna novedad.

III

CONJUNTIVITIS GRANULOSA

Juan E., 44 años, francés ; hace diez meses que se encuentra enfermo, se hizo atender por varios médicos, sintiendo poca mejoría, lo habían tratado con piedra de sulfato de cobre y con solución de nitrato de plata.

En el mes de enero de 1898 principió á atenderse en el hospital francés, consultorio externo, servicio del doctor Mollard. Se encontraba afectado de conjuntivitis granulosa ojo izquierdo.

Presentaba en la conjuntiva varias granulaciones, la córnea ulcerada en su segmento superior, infiltrada, había perdido su trasparencia, en su periferie observábanse algunos vasos (pannus-tenuis).

Fué tratado con masaje de ácido bórico y piedra de sulfato de cobre, consiguiendo que se mejorara mucho. En el mes de junio esta mejoría fué, relativamente á los meses anteriores, muy poco marcada.

El 1° de julio principió el tratamiento con el protargol.

Presentaba una ligera infiltración de la córnea, permitiendo sin embargo ver el iris y la pupila, á la luz lateral se ven algunos vasos que serpentean en la periferie de la córnea. El enfermo empieza á contar los dedos á 30 centímetros. La conjuntiva completamente lisa, algunas bridas cicatriciales entre la conjuntiva bulbar y palpebral, secreción muco-purulenta abundante.

Curación todos los días.

Día 15. La infiltración de la córnea habia disminuido, lo mismo que el pannus-tenuis, la visión mejorada.

Día 30. Secreción simplemente mucosa, las bridas cicatriciales entre ambas conjuntivas menos espesas.

En los días subsiguientes la secreción continúa

disminuyendo, la córnea se hace paulatinamente más clara, desapareciendo lentamente la infiltración corneana, la visión manifiestamente mejorada.

El 20 de agosto se le hizo una incisión del punto lagrimal.

Día 30. La secreción había desaparecido, la conjuntiva siempre lisa, no era tan roja como al principio del tratamiento, las bridas cicatriciales, si bien no han desaparecido, no son tan espesas y extensas. El paciente cuenta con facilidad los dedos de la mano á 30 centímetros, lo que hacía con dificultad antes del tratamiento. En la córnea sólo queda un tejido cicatricial como consecuencia de las antiguas ulceraciones que probablemente no desaparecerán.

Como se ve, la influencia del proteinato de plata en este caso se ha limitado á mejorar el paciente, cosa que por los otros tratamientos conocidos hasta ultimamente no se podía, ó por lo menos se hubiera empleado mucho más tiempo para conseguir el mismo resultado.

IV

CONJUNTIVITIS GRANULOSA

Milagro S., 4 años, española. Estado general bueno.

A los 8 meses tuvo sarampión, en seguida escarlatina: desde entonces principió á sufrir de la vista, siendo atendida en España; se la trataba con piedra de sulfato de cobre y solución de nitrato de plata.

En el mes de mayo de 1898 se presenta al consultorio externo del Hospital Francés, servicio del doctor Mollard, afectada de conjuntivitis granulosa en ambos ojos.

La conjuntiva estaba hiperemiada, presentaba algunas granulaciones, fotofobia muy intensa, secreción muco-purulenta abundante, la córnea ulcerada en su segmento superior en ambos ojos.

Fué tratada hasta el 5 de junio, fecha en que se principió la curación con el protargol, con colirio

de atropina, pomada de óxido amarrillo de hidrargirio y piedra de sulfato de cobre, sin conseguir mejoría alguna.

Curación con el protargol todos los días.

Día 15. La secreción, siempre muco-purulenta, ha disminuido, la fotofobia mucho menos intensa, la enferma se encuentra más aliviada.

Día 30. La paciente puede abrir los ojos á la luz, lo que antes le era imposible, la madre la nota muy contenta, las úlceras de la córnea más pequeñas, la secreción solamente viscosa.

Día 15 de agosto. La secreción reducida á una dacriorrea poco abundante, la conjuntiva menos roja, fotofobia poco marcada.

Día 30. La secreción limitada á un ligero lagrimeo, la conjuntiva si bien no presenta su aspecto normal, es, sin embargo, mucho menos inflamada que al comenzar el tratamiento, las granulaciones han disminuido de tamaño y algunas de ellas han desaparecido, las úlceras de la córnea más pequeñas y menos profundas, la luz le molesta muy poco.

Como se comprende fácilmente, el proteinato de plata ha mejorado mucho las condiciones de la en-

ferma, lo que aún no se había podido conseguir con los otros tratamientos, es verdad que la enferma hacía poco tiempo que se asistía en el hospital, pero de todos modos, la mejoría obtenida por el protargol nunca hubiera sido menos rápida que la debida á los otros tratamientos.

V

CONJUNTIVITIS GRANULOSA

Carlos G., 35 años, francés, estado general bueno.

Ha sido siempre sano hasta hace dos años, que comenzó á sufrir de la vista, enfermándose primero el ojo izquierdo y después el derecho.

Ingresa al Hospital Francés, al servicio del doctor Mollard, en el mes de marzo de 1897, afectado de conjuntivitis granulosa, pasando diez meses en tratamiento, consiguiendo mejorarse mucho. Se le cauterizaba con piedra de sulfato de cobre. En seguida, pasó tres meses en el campo,

curándose en este tiempo con pomada de óxido amarillo de mercurio. En estos tres meses la enfermedad volvió á tomar la agudeza del principio.

El 3 de junio de 1898 ingresa, por segunda vez, al hospital, se le principia á tratar con el protargol, curándolo todos los días.

Presentaba la conjuntiva roja, las papilas hipertrofiadas, secreción purulenta abundante, los párpados amanecían pegados, fotofobia. En una palabra, presentaba todo el aspecto de una conjuntivitis catarral, pero, como he dicho antes, había pasado diez meses en el hospital curándose de una conjuntivitis granulosa, de la cual había salido muy mejorado.

Día 15. La secreción muco-purulenta había disminuido, persistiendo siempre la hipertrofia papilar y la hiperemia conjuntival; el enfermo se queja de dolores intensos en los ojos, por esta razón y porque la conjuntiva seguía siempre inyectada, se le cura en adelante cada dos días.

Día 30. La secreción es mucho menos abundante, la conjuntiva no es tan roja, las papilas han disminuido bastante de tamaño.

En los días siguientes, hasta el 25 de agosto, que fué dado de alta, el paciente experimenta una mejoría notable, la secreción vuelta mucosa no tardó en desaparecer por completo, la conjuntiva lisa presentaba su aspecto normal, en fin, los diversos síntomas inflamatorios han desaparecido.

VI

CONJUNTIVITIS CATARRAL AGUDA

Rafael G., 9 años, argentino. Estado general bueno.

Ha sido siempre sano, no habiendo padecido nunca de la vista.

Se presenta al hospital de Flores (consultorio externo) el 5 de julio de 1898, manifestando que hacía cuatro días los ojos le lloraban mucho, que por la mañana le es imposible abrirlos, la luz le incomoda bastante, sintiendo la sensación de un cuerpo extraño en los ojos y una comezón en los párpados, especialmente en el ángulo interno del

ojo. Al presentarse al consultorio tenía la conjuntiva palpebral y bulbar inyectada, principalmente la palpebral al nivel del ángulo interno. Las papilas hipertrofiadas hacen que la conjuntiva pierda su aspecto normal.

Las carúnculas lagrimales muy congestionadas, secreción muco-purulenta abundante, fotofobia intensa. Con todos estos datos se hizo el diagnóstico de conjuntivitis catarral aguda. Curación con el proteinato de plata todos los días.

Día 6. La secreción ha disminuido, lo mismo que la hiperemia conjuntival, no sintiendo tanta incomodidad á la vista.

Día 7. La secreción notablemente disminuida, la congestión de la conjuntiva menos marcada, la luz casi no le molesta.

Día 8. La secreción simplemente mucosa, los párpados no se le pegan por la mañana, la inflamación de la conjuntiva se reducía á una ligera vascularización más manifiesta al nivel del ángulo interno y en la carúncula lagrimal.

La hipertrofia papilar había casi desaparecido.

Día 9. La secreción era muy poca, la inflamación de la conjuntiva había desaparecido, la luz no le molestaba absolutamente.

Día 10. El paciente se encontraba perfectamente bien. La conjuntiva estaba lisa: sin embargo, se le siguió curando todos los días con una solución más débil al 1 por 10, hasta el 13 de julio, haciéndosele después dos curaciones cada dos días. El 17 se le dió de alta, creyéndosele completamente sano.

El paciente volvió al consultorio el 22, es decir, á los cinco días después, con un nuevo ataque de conjuntivitis que había principiado á sentir desde el día anterior. Este segundo ataque no era tan agudo como el primero. Presentaba, no obstante, la conjuntiva hiperemiada y una secreción mucopurulenta.

Se le trató con la solución de protargol al 1 por 2, curándosele todos los días, desapareciendo todos los síntomas inflamatorios á los tres días.

Durante los cinco días subsiguientes se le curó con solución al 1 por 2 una vez al día, después tres curaciones, con la solución al 1 por 10 una cada

día, haciéndosele dos últimas curaciones cada dos días con esta misma solución.

El paciente fué dado de alta el 6 de agosto.

VII

CONJUNTIVITIS CATARRAL AGUDA

María R., 9 años, argentina. Estado general bueno.

La enferma se presenta al Hospital Francés, consultorio externo, servicio del doctor Mollard, el 13 de agosto de 1898, manifestando que hace tres días tiene muy irritada la vista, el ojo izquierdo le llora mucho, sintiendo una gran incomodidad y dolor, que los párpados amanecían pegados y la luz la molestaba mucho. Agrega á esto que ella ha sido siempre sana, siendo la primera vez que se encuentra enferma de la vista.

Examinando la paciente, se observa que la conjuntiva palpebral y bulbar está muy congestionada, sobre todo la palpebral.

Todo el ojo ha tomado un color rojo intenso, secreción muco-purulenta muy abundante, fotofobia intensa, al extremo de que le es imposible mirar la luz.

Se la trata con el proteinato de plata, haciéndole una curación por día.

Día 14. La secreción es menos abundante, el dolor no tan intenso.

Día 15. La secreción sigue disminuyendo, la hiperemia conjuntival es notablemente menos marcada, la luz le incomoda, pero no tanto, el dolor cada día menor.

Día 16. Secreción solamente serosa, el color tan rojo de la conjuntiva es mucho menos intenso, está más pálida, los párpados no amanecen pegados como antes, el dolor y la fotofobia casi han desaparecido.

Día 17. Secreción reducida á un ligero lagrimeo, la conjuntiva hiperemiada no lo está tanto como los días anteriores, la luz le molesta poco, el dolor ha desaparecido, no sintiendo incomodidad alguna en el ojo.

Día 18. Todos los síntomas inflamatarios han

cesado, notándose solamente una ligera hiperemia al nivel del ángulo interno, donde la conjuntiva fué desde un principio más inyectada.

Se la siguió curando durante cinco días con la solución al 1 por 2, después durante cuatro días con la solución al 1 por 10, guardando el intervalo de dos días los dos últimos toques.

Fué dada de alta el 26 de agosto.

Durante los tres primeros días se le ordenaron lavajes de ácido bórico al 4 °/₀, que se los hacía en su domicilio, estos fueron suprimidos el 16, cuando la secreción era solamente mucosa.

VIII

CONJUNTIVITIS CATARRAL AGUDA

César B., 11 años, argentino. Estado general bueno.

El enfermo ha sido siempre sano, siendo la primera vez que sufre de la vista.

El 10 de agosto se presenta al consultorio ex-

terno del Hospital de Flores, manifestando que hace dos días que los ojos le lloran mucho, sintiendo una fuerte comezón en los párpados, la luz le es muy incómoda, amaneciéndole pegados los párpados.

Al examen externo presenta: la conjuntiva palpebral y bulbar fuertemente inyectadas, la carúncula lagrimal congestionada, secreción mucopurulenta abundante, dolor, fotofobia intensa.

El tratamiento con el protargol principió el 10 de agosto, haciéndosele una curación por día.

Día 11. Tanto la secreción como los demás fenómenos inflamatorios habían declinado.

Día 12. Secreción menos abundante, conjuntiva más pálida, dolor y fotofobia menos intensa.

Día 13. Secreción mucosa, conjuntiva cada vez menos hiperemiada, fotofobia muy poco marcada.

Día 14. La secreción, limitada á un simple lagrimeo, había casi desaparecido, la conjuntiva sólo era inflamada en su parte interna, la carúncula lagrimal muy poco congestionada, el dolor y la fotofobia apenas marcados.

Día 16. El paciente se encuentra muy mejora-

do: la conjuntiva presenta su aspecto normal, secreción, dolor, fotofobia y demás sintomas han desaparecido.

Se le siguió curando una vez por día con la solución al 1 por 2 hasta el 19, tratándosele con la solución al 1 por 10 hasta el 23; fecha en que se le dió de alta.

El intervalo de las dos últimas curaciones fué de dos días.

IX

CONJUNTIVITIS CATARRAL CRÓNICA

Salvador S., 40 años, italiano. Estado general bueno.

Se presenta al consultorio externo del Hospital Francés, servicio del doctor Mollard, el 15 de agosto, manifestando que hace tres meses sufre de la vista, no habiéndose hecho asistir por ningún médico ni curado con medicamento alguno.

Al examen externo se nota: la conjuntiva bulbar y palpebral hiperemiada, especialmente en el án-

gulo mayor, algunas papilas hipertrofiadas, la carúncula lagrimal congestionada, secreción muco-purulenta abundante, la luz le molesta mucho, al levantarse, los párpados se encuentran pegados.

Curación con el propargol todos los días.

Día 14. La secreción menos abundante, no siente tanto ardor á la vista.

Día 15. La inyección conjuntival es limitada al ángulo mayor y carúncula lagrimal, la conjuntiva está más lisa, la secreción sigue disminuyendo.

Día 16. La secreción mucosa, carúncula lagrimal ligeramente inflamada lo mismo que la conjuntiva en el ángulo interno del ojo, los párpados no amanecen pegados.

Curación cada dos días.

Día 18. Secreción reducida á un simple lagrimeo, conjuntiva lisa, presenta su aspecto normal, carúncula lagrimal normal, el enfermo manifiesta estar mucho más aliviado, la luz no le molesta.

Día 20. El dolor, la fotofobia, la hiperemia conjuntival, la secreción, en una palabra, todos los fenómenos inflamatorios han desaparecido. El paciente está perfectamente bien.

Sin embargo se le siguió curando los días 22 y 24 con la solución al $^1/_2$ y con la solución al 1 por 10 los días 26 y 28, fecha en que fué dado de alta.

X

CONJUNTIVITIS CATARRAL CRÓNICA Y DACRIOCISTITIS

José C., 55 años, francés. Estado general bueno.

El 1° de julio de 1898 se presenta al consultorio externo del Hospital Francés, servicio del doctor Mollard, manifestando que deseaba ser operado de una catarata que tenía en el ojo derecho.

Al ingresar al hospital se encontraba en las siguientes condiciones: ojo derecho, catarata senil madura, conjuntivitis catarral crónica, dacriocistitis. Esta última se manifestaba por una gran cantidad de pus espeso y amarillo que salía cuando se hacía presión sobre el saco lagrimal.

Como se comprende las condiciones en que el enfermo se encontraba para ser operado de su catarata, eran muy desfavorables, razón por la cual se le aconsejó que se hiciera atender primero de su

catarro conjuntival y de la dacriocistitis, á lo que el enfermo accedió gustoso.

El 1° de julio se principió el tratamiento de la conjuntivitis con la solución de protargol al 50 por ciento, haciéndosele una curación por día.

En esta misma fecha se le hizo en el ojo derecho la operación de Weber.

El 3 de julio se comienza á tratar su dacriocistitis por el protargol, empleando para ello la solución al 50 °/₀ bajo la forma de inyecciones (vías lagrimales) hechas con la jeringa de Anel. La cantidad de líquido inyectado era próximamente 20 gramos, haciéndosele una cauterización por día.

Debido á lo espeso de la solución, estas inyecciones eran un poco difíciles de hacer; pero no imposible, siendo necesario para ello proceder con paciencia.

Día 15. El paciente ha experimentado una notable mejoría, la secreción conjuntival mucosa y mucho menos abundante, la hiperemia conjuntival disminuida, la presión sobre el saco lagrimal hacía salir un líquido simplemente seroso.

Día 25. Los diversos síntomas inflamatorios

han desaparecido. Se le siguió curando, sin embargo, hasta el 1° de agosto.

Día 1° de agosto. Operación de la catarata con iridectomia.

Día 3. Primera curación de la operación, no hay síntoma inflamatorio alguno.

Día 5. Se le saca el vendaje, las heridas operatorias han cicatrizado, no ha habido ningún fenómeno inflamatorio.

El paciente comienza á hacer uso de lentes obscuros.

El 30 de agosto se encontraba perfectamente bien, no habiéndose presentado ningún síntoma inflamatorio del lado de la conjuntiva ni de las vías lagrimales.

En este caso no hay la menor duda de que la conjuntivitis catarral crónica, lo mismo que la dacriocistitis, fueron curadas por el proteinato de plata, pues, de lo contrario, la operación de la catarata se hubiera complicado, cosa que no sucedió.

Septiembre de 1898.

ADOLFO BARBEITO.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La climatoterapia la conceptúo como uno de los mejores tratamientos de la tuberculosis pulmonar.

II

El tratamiento de elección de las estrecheces blenorrágicas de la uretra es la dilatación lenta y progresiva.

III

La pomada de óxido amarillo de mercurio y vaselina 0.10 por 10 gramos, la conceptúo el mejor tópico de la blefaritis ciliar.

BIBLIOGRAFÍA

Clinique ophtalmologique, año 1898, números 1 y 6.

Bulletin de l'Academie royale de médecine de Belgique, año 1898, número 2.

Semaine Médicale, año 1898, número 2.

Journal de Médecine de Paris, año 1897, número 13.

Journal de Pharmacie, año 1898, número 2.

The Therapeutic Gazette, año 1898, número 3.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, año 1898, números 6 y 7.

H. Bocquellon-Limousin. *Formulaire des medicaments nouveaux,* año 1898.

Collectevité Médicale, año 1898.

Buenos Aires, Septiembre 17 de 1898.

Nómbrase á los señores: académico doctor Pedro Lagleyze, profesor titular doctor Justiniano Ledesma y profesor suplente doctor Angel M. Centeno, para que constituidos en comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tesis.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
L. M. Acuña.

Buenos Aires, Septiembre 29 de 1898.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno don Adolfo Barbeito.

« En el local de la Facultad, á 27 de Septiembre de 1898, reunidos los que suscriben encargados de dictaminar respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno don Adolfo Barbeito, que versa sobre *El Protargol en oftalmologia,* resolvieron admitirla. Con lo que terminó el acto. Firmados: *Pedro Lagleyze, Justiniano Ledesma, Angel M. Centeno, Zenón Aguilar,* Prosecretario.

L. M. Acuña.

Entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por secretaría el día en que haya de ser sostenida.

ENRIQUE E. DEL ARCA.
L. M. Acuña.