

---

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

---

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

---

## HISTORIA DE LA MEDICINA.

---

Décimo Congreso Médico Internacional, verificado en Berlín el 4 de Agosto de 1890.

COMISION MEXICANA.

---

Informe presentado por el Dr. José Ramos, sobre los trabajos emprendidos por él, en la sección de Oftalmología del décimo Congreso Médico Internacional, en su calidad de miembro de la Comisión Mexicana, en dicho Congreso.

(CONTINÚA.)

Teniendo en cuenta todas estas circunstancias, así como la naturaleza de la oftalmía simpática propiamente dicha, que en último análisis es una afección inflamatoria plástica, pudiendo llegar á ser supurativa en algunos casos, Deutschmann infiere que la enfermedad en cuestión debe ser considerada como una nueva afección de transmisión infecciosa directa.

El Dr. Darier, de París, opina que la enucleación, que ha sido considerada hasta aquí como el único tratamiento eficaz de la oftalmía simpática, debe restringirse más y más en el porvenir. Según piensa el Dr. Abadie, siempre que haya motivos para temer la infección por una herida ocular, se debe impedir sin pérdida de tiempo que la infección se propague determinando la oftalmía simpática, y con tal objeto, debe cauterizarse profundamente la herida, por medio del gálvano-cauterio. Si la infección hubiese avanzado ya profundamente, es claro que no bastaría el medio anterior para impedir su transmisión y entonces se encuentran perfectamente indicadas las inyecciones intra-oculares antisépticas. Abadie

empleaba primero, la solución de bicloruro de mercurio al  $\frac{1}{500}$  y después la ha empleado al  $\frac{1}{1000}$ ; inyecta cada vez, uno ó dos vigésimos de centímetro cúbico, y repite las inyecciones antisépticas cada ocho días, hasta obtener la curación completa.

El Dr. Parisotti, de Roma, dice: que ha repetido las experiencias de Deutschmann, habiendo variado los resultados, según el grado de dilución del microbio. Llama la atención sobre una circunstancia clínica, en su concepto muy interesante, á saber: que la retina del ojo simpatizado presenta un edema más bien que una flegmasía verdadera. En todos casos, cree que es muy importante insistir en que la oftalmía simpática infecciosa, es muy diferente de la oftalmía refleja, cuya existencia no puede ponerse en duda, pues se observa con mucha frecuencia en la práctica. La prioridad de las inyecciones oculares antisépticas, pertenece según él, á Gallenga y Reymond, quienes si bien es cierto no han practicado las inyecciones en el cuerpo vítreo, sino bajo la conjuntiva, han sido no obstante los de la idea primitiva.

El Dr. Levy, de Estrasburgo, manifiesta: que él ha repetido numerosas veces las experiencias de Deutschmann, llamándole la atención, que en muchos casos los resultados han sido negativos; por esto se pregunta, si en los hechos positivos, así en sus experiencias como en las de Deutschmann, se ha tratado de una infección general que se haya localizado en seguida, en el ojo simpatizado.

El Dr. Deutschmann, no acepta absolutamente este modo de ver, pues está perfectamente demostrado que la infección simpática, se hace por los vasos ó los espacios linfáticos y no por los vasos sanguíneos, que son los vectores de la infección general. Por otra parte, ha determinado experimentalmente la infección general en los conejos, y aun cuando sus vasos sanguíneos contuvieran numerosos elementos de infección, no ha visto desarrollarse en el ojo algo que recuerde la oftalmía simpática; por lo cual persiste en considerar esta afección como una enfermedad infecciosa, de transmisión directa.

El Dr. Crainiceanu, de Bucarest, da una grande importancia á la curación de la herida ocular antes del desarrollo de los accidentes, puesto que, según él, un tratamiento cuidadoso de dicha herida puede evitar los fenómenos ulteriores de infección.

El Dr. Logetchnikow, de Moscovia, cree: que estas ideas, así como las afirmaciones de Abadie, no deben ser acogidas sino con mucha reserva, puesto que á nadie se oculta, que en algunos casos todos los tratamien

tos empleados contra la oftalmía simpática han conducido á éxitos inesperados y que á él mismo le ha sucedido obtener más de una vez la curación por los medios ordinarios y muy especialmente por las inyecciones de pilocarpina.

El Dr. Cross, de Bristol, en confirmación de lo dicho por el Dr. Brailley, cita un caso observado por él, en el cual, después de la exenteración del globo ocular, aparecieron los accidentes de la oftalmía simpática, por haber dejado en la esclerótica, un globo de vidrio; fué indispensable quitar el cuerpo extraño para conjurar los accidentes que comenzaban á desarrollarse.

El Dr. Gruening, de New York, cree: que en lo que concierne al ojo simpatizado, la esclerotomía simple puede dar resultados satisfactorios, como él ha tenido oportunidad de observarlo una vez.

El que suscribe, insistió, en que no basta la teoría microbiana para explicar todos los casos de oftalmía simpática; es indispensable explicar los fenómenos complejos, por causas diversas y no por una sola, con exclusión de las demás; nadie puede negar, que existen manifestaciones simpáticas, que distan mucho de ser inflamatorias, tal es la atrofia simpática de la papila. Otro tanto puede decirse, de accidentes puramente nerviosos, que pueden aparecer en el ojo sano, bajo la influencia del enfermo; así, por ejemplo, ha habido casos de paresia y de espasmo de la acomodación, con fenómenos de astenopía, estrecheces del campo visual, fotopsias, discromatopsia, ambliopía, neuralgias ciliares y del quinto par, etc.; estos fenómenos son por lo común transitorios, y evidentemente de origen reflejo, no microbiótico. A mayor abundamiento, el Dr. Galezowski ha descrito un caso notable de convulsiones epileptiformes de naturaleza simpática ocular. Es pues, indispensable, formar dos grupos de casos de naturaleza esencialmente distinta.

\*\*\*

Hasta aquí, lo que se ha manifestado en el 10º Congreso Internacional de Medicina. Cualquiera que sea el modo de ver que se adopte sobre la naturaleza de la oftalmía simpática, muy especialmente en lo que se refiere al origen microbiótico de la enfermedad, indicado por Snellen, desde 1881, y estudiado desde entonces por Deutschmann y otros observadores; admítase ó no la presencia de este ó del otro microbio, la enfermedad que me ocupa, es en todos casos una afección terrible que debe llamar vivamente la atención del oftalmologista práctico.

De todo lo expuesto resulta que la enucleación del ojo simpatizante, es el medio enérgico por excelencia, que debe emplearse en todos aquellos casos en que no esté formalmente contraindicada, para evitar la aparición de accidentes más ó menos serios. La neurotomía óptico-ciliar no ha dado hasta aquí resultados tan seguros; lo cual debe atribuirse en gran parte, á que no siempre se puede tener la seguridad de seccionar todos los filamentos nerviosos que acompañan al nervio óptico, á la regeneración posible de dichos filamentos y á la compresión que sus extremidades seccionadas, pueden sufrir en el tejido de cicatriz, lo que es una causa continua de excitación refleja. Si á esto se añade que la operación ha dado lugar algunas veces á hemorragias de importancia, fácilmente se comprenderá que no puede considerarse como un medio operatorio seguro y general.

En lo que concierne á la exenteración, no puede dudarse que sus resultados son menos seguros que los de la enucleación, sobre todo en los casos en que se deja un cuerpo extraño en la cavidad esclerótica; no faltan, además, algunos casos de necrosis de la esclerótica, después de haber practicado aquella operación, por lo cual se le debe ver con alguna desconfianza, pues sin ser inocente, no llena por completo el objeto que con ella se propone el operador.

Resulta también de lo que precede, que si en muchos casos la oftalmía simpática, es una enfermedad de transmisión infecciosa directa (siendo el *staphylococcus pyogenus aureus*, el microbio que se ha encontrado en los ojos humanos enucleados), en otras circunstancias es de origen reflejo, propagándose la afección por intermedio de los nervios ciliares, como lo demuestra el hecho, de que son especialmente los traumatismos de la región ciliar los que exponen á dicha afección, así como la circunstancia, de que la sensibilidad ciliar del ojo simpatizado, es uno de los primeros síntomas de la enfermedad; por último, los benéficos resultados de la sección de estos nervios en la enucleación ó en la neurotomía óptico-ciliar constituyen otra prueba de la verdadera vía de transmisión de la oftalmía simpática.

\*\*\*

Nadie ignora, que el *tracoma* es una afección, que limitada primitivamente á la conjuntiva, puede extenderse después á otras membranas oculares, y muy especialmente á la córnea, en la cual determina con frecuencia, la alteración designada con el nombre de *pannus granuloso*.

La frecuencia de esta enfermedad en ciertas comarcas, sus consecuen-

cias gravísimas para el órgano visual, que muchas ocasiones se pierde á causa del tracoma, lo rebelde de la afección á los diversos medios de tratamiento empleados para combatirla, su duración á veces desesperante, las exacerbaciones agudas, que con el carácter de oftalmía purulenta se presentan muchas veces en el curso de la enfermedad, son otros tantos motivos que hacen en extremo interesante el estudio del tracoma.

Desde hace mucho tiempo los oftalmólogos le han consagrado una preferente atención, pero por desgracia subsisten hasta hoy muchos puntos oscuros, en lo que concierne á la naturaleza de la enfermedad, á sus caracteres anatómicos, á las relaciones que puede tener con otras afecciones oculares y á su tratamiento.

La sección de Oftalmología, del 10º Congreso Internacional de Medicina, teniendo en cuenta estas circunstancias, puso el tracoma en el programa de las cuestiones sometidas á debate, y una comisión, cuyo relator fué el Dr. Schmidt-Rimpler, de Gotinga, presentó una comunicación, que fué discutida en la 10ª sección.

Antes de ocuparme de dicha comunicación y de la discusión á que dió lugar, debo recordar ciertos puntos importantes de la historia del tracoma, lo que simplificará mucho mi tarea.

La naturaleza de la afección ha dividido siempre á los oftalmólogos; unos han creído que el tracoma no es más que uno de los períodos de la conjuntivitis folicular; que esta última afección, bajo la influencia de ciertas causas regionales ó individuales ó aun por la simple evolución natural de la enfermedad, revestiría algunas veces la forma de verdadero tracoma, de tal manera, que no había motivo para hacer dos entidades morbosas distintas de dos fases sucesivas de la misma afección.

Otros opinan lo contrario; dicen que la conjuntivitis folicular y el tracoma son dos enfermedades enteramente distintas, siendo la primera tan benigna, como es grave la segunda, y no pudiendo transformarse jamás una de estas afecciones en la otra.

Estas ideas contradictorias se apoyan en las observaciones clínicas de sus autores y en sus estudios anatómicos é histológicos, diversamente interpretados por ellos.

Sœmich, establece una diferencia radical entre las masas linfoides y la hiperplasia linfoide; las primeras caracterizarían, según él, á la conjuntivitis folicular, mientras que la segunda sería propia de la conjuntivitis granulosa verdadera.

Wecker y Landolt, son también partidarios de esta dualidad morbosa.

Para Ywanoff, habría en el caso del tracoma, un desarrollo de verdaderas glándulas tubulosas anormales, más numerosas en la conjuntiva palpebral superior; les concede tal importancia, que según él, constituirían el verdadero carácter anatómico del tracoma, no siendo las granulaciones, sino consecuencias pasajeras. La persistencia de las glándulas tubulosas, explicaría la tenacidad del tracoma, pues mientras aquellas existen, la afección no puede desaparecer.

Para otros autores, y entre ellos Mackenzie, las granulaciones están constituidas por la hipertrofia de las papilas y de las glándulas conjuntivales.

No ha faltado, por último, quien considere las granulaciones como grupos de sarcomas; de esta manera pensaba Himly.

En estos últimos tiempos el modo de ver ha variado y, salvo las divergencias que antes hemos señalado, las opiniones sobre la constitución anatómica del tracoma tienden á uniformarse.

Hoy se desechan las ideas de Ywanoff, no admitiéndose que glándulas verdaderas pudieran desarrollarse en virtud de un proceso patológico, habiéndose demostrado además, que lo que Ywanoff tomaba por glándulas, no eran sino intersticios ó fisuras que existen entre las papilas hipertrofiadas, revestidas de su epitelio.

Otras opiniones, como la de Himly, no se toman hoy en cuenta, y casi todos están de acuerdo en admitir que la granulación tracomatosa es un producto específico, constituido por una red capilar muy fina que contiene en sus mallas, masas formadas por núcleos esféricos ú ovoides, que no deben ser confundidos con las celdillas linfoides ordinarias; este modo de ver, enunciado primero por Sattler, poco difiere del de Remy, que considera las granulaciones como formadas de una producción exagerada de celdillas tiernas y de núcleos; las papilas, según dice, están hipertrofiadas, revestidas de un epitelio cilíndrico y separadas las unas de las otras, por hendeduras longitudinales que simulan sacos glandulares.

Neisser creyó descubrir micrococcus especiales en las secreciones del tracoma, siendo confirmada esta idea por Sattler; dichos micrococcus fueron vistos por Leber, en el tejido granuloso mismo.

Fontan considera las granulaciones constituidas por una producción morbosa sui generis, que merece el nombre de neoplásica; "dicha producción está formada esencialmente por un tejido linfoide, folículos de los unos, papilas linfoides de los otros, que es el centro, y como el bulbo de este grano visible á la simple vista, que se llama granulación, y que los alemanes designan con el nombre de tracoma."

Según Fontan, es la infiltración más ó menos profunda de este tejido bajo la conjuntiva, seguida más tarde de la hipertrofia de las papilas, lo que marca la diferencia entre los distintos periodos del tracoma, y lo que ha hecho admitir, sin razón, la llamada conjuntivitis folicular, como una entidad distinta.

\*\*\*

Después de haber recordado estos puntos, referentes á la historia del tracoma, debo ocuparme de las ideas de la Comisión.

El Dr. Röhlmann, relator, asienta en su discurso que el punto más importante en la cuestión de que se trata es el que se refiere á la dualidad de origen de las afecciones conjuntivales, que revisten la forma granulosa: la conjuntivitis llamada folicular, y el tracoma propiamente dicho; según él, aun cuando se trate en ambos casos de procesos foliculares, en la primera forma son los folículos aislados los que se afectan, mientras que en el tracoma propiamente dicho las alteraciones existen en los folículos en masa; además, en esta última enfermedad, hay una formación neoplásica especial constante, en tanto que en la conjuntivitis folicular las alteraciones son las que ordinariamente se encuentran en el curso de las inflamaciones. En el terreno clínico es más difícil diferenciar ambas afecciones, á causa de las combinaciones morfológicas que pueden presentarse, y que complican extraordinariamente la cuestión; sin embargo, la marcha y la etiología ofrecen caracteres diferenciales sensibles. El tracoma es una enfermedad directamente inoculable; la transmisibilidad de su virus, constituido por el *diplococcus trachomatosus*, es independiente, según él, de las influencias atmosféricas.

En el tracoma crónico, distingue tres periodos: en el primero, la conjuntiva se encuentra pálida, infiltrada, y hay en su superficie folículos diseminados; algunos se ulceran, y dan lugar á pequeñas soluciones de continuidad. En el segundo período, las ulceraciones aumentan de extensión, la secreción aparece, y las pérdidas de sustancia se encuentran separadas por estrías de un color gris amarillento; hay una irritación marcada, y la superficie conjuntival es desigual, pero sin que se observen aún las granulaciones típicas. En el tercer período, la conjuntiva adquiere un espesor considerable, hasta seis veces mayor que en el estado normal, adhiere firmemente al cartilago tarso, que se deja infiltrar también por el tejido linfoide, lo que explica las deformaciones notables que sufre dicho cartilago. La mucosa se convierte en un verdadero tejido de cicatriz, y en estas cir-

cunstancias suele presentarse el pannus; este no es producido por el simple frotamiento de las granulaciones conjuntivales; es el resultado de la infiltración linfoide de la córnea, y necesita para producirse, una predisposición especial.

El Dr. Schmidt Rimpler, correlator, cree, que aun cuando las dos enfermedades de que se trata sean semejantes en sus caracteres anatómicos, ofrecen aun desde este punto de vista diferencias sensibles; en el terreno clínico, nunca ha presenciado el paso de la primera á la segunda; el tracoma, es á no dudarlo, una enfermedad de naturaleza infecciosa, perfectamente definida; no admite, sin embargo, que sea el *diplococcus trachomatousus* de Michel, el microbio especial de esta afección, pues no se le ha encontrado en todos los casos. Aun cuando el virus pueda ser directamente transmitido, es necesario, para que se produzca el contagio, que haya una predisposición habitual de la mucosa; él cree, que las condiciones climáticas, influyen demasiado en la propagación del tracoma, y en contra de lo que se ha dicho, él ha visto el tracoma endémico, en altitudes superiores á 350 metros sobre el nivel del mar. Nota la gravedad de la conjuntivitis granulosa, y su funesta influencia sobre la visión; él desearía, llamar vivamente la atención de los gobiernos sobre un punto que tan directamente afecta á la parte activa de las poblaciones.

El Dr. Mayweg, se declaró igualmente partidario de la dualidad morbosa, pues el tracoma propiamente dicho es una enfermedad infecciosa, que se transmite por contagio, en tanto que la conjuntivitis folicular, desprovista de carácter infeccioso, puede desarrollarse espontáneamente.

El Dr. Wicherkiewiez, de Posen, cree, que si es fácil establecer la diferencia de que se trata, en las comarcas en que el tracoma no se presenta sino raras veces, en cambio es muy difícil llegar á una diferenciación segura en los países que, como el suyo, están sujetos á la aparición frecuente de las formas graves del tracoma.

El Dr. Lagetschnikow, de San Petersburgo, cree, que las diferencias anatómicas entre ambas afecciones son bastante marcadas; por lo cual se les debe considerar como entidades morbosas esencialmente distintas.

El Dr. Goldziéher, de Budapesth, refiere dos casos de tracoma observados por él, muy interesantes desde el punto de vista anatómico; el examen microscópico practicado muy cuidadosamente reveló la existencia de celdillas gigantes, análogas á las de la granulación tuberculosa, pero sin que hubiera bacillus; no cree que se tratara de la verdadera tuberculosis; pero á causa de la semejanza que con ella presenta esta forma rara de tracoma, propone designarla con el nombre de simili-tuberculosa.

( Continuará. )