

OFTALMOLOGIA.

ALGUNOS CASOS DE CLINICA OFTALMOLOGICA.

I



MEDIADOS de Abril del presente año, Emilio Coronado, de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, vino de Ejutla (Estado de Oaxaca), á mi consulta particular, con el objeto de hacerse tratar una lesión del ojo derecho.

El padre del paciente me refirió que un mes antes había sufrido su hijo un accidente en una partida de caza. Pasando por un camino estrecho, la persona que marchaba delante de Emilio, separó con las manos para abrirse paso la rama flexible de un arbusto que en Ejutla llaman *espino*, y que tiene de trecho en trecho fuertes aguijones. Al soltar imprudentemente la rama, ésta volvió á su posición primera en virtud de su elasticidad, y fué á herir con una de sus espinas el ojo derecho del enfermo en cuestión. El accidente fué de tal manera rápido é imprevisto, que la víctima no cerró oportunamente los ojos, como instintivamente se hace en tales casos, de que resultó que al momento sintió un dolor vivísimo, y notó que un líquido caliente escurrió luego de la herida. Poco después, se presentaron fenómenos inflamatorios bien manifiestos, que, según el dicho de los interesados, consistieron en inyección del ojo, dolores oculares y peri-orbitarios, hinchazón y fotofobia.

De Ejutla fué trasladado á Oaxaca con el fin de atenderlo convenientemente, pero como su familia notase que persistían los dolores, que la flegmasía no cesaba y la vista se había perdido por completo, se resolvió á traerlo á México para ponerlo aquí en curación.

El día que lo examiné por primera vez, pude notar lo siguiente: ligero edema del párpado superior, con dificultad para abrir completamente el ojo, inyección conjuntival poco marcada, y periquerática, fina, sobre todo en la parte superior; pupila notablemente dilatada y sin contraerse bajo la influencia de la luz; la acomodación tampoco provocaba su estrechamiento; hacia la parte súper-interna de la córnea (pero no muy lejos del centro), una pequeña cicatriz circular, vestigio de la herida produ-

cida por el cuerpo vulnerante; es digno de notarse que en el párpado superior no había nada que indicase la existencia de una herida anterior, lo que prueba que la espina atravesó directamente la córnea, y no al través del párpado; el cristalino estaba completamente opaco, de un color blanco lechoso, y notablemente hinchado como lo demostraba el hecho de que no existía cámara posterior, y de encontrarse el iris repelido de tal manera contra la córnea, que casi no existía tampoco cámara anterior; estudiando la tensión ocular, se notaba una hipertonia muy sensible y había además lagrimeo moderado.

Como fenómenos funcionales, había dolores ciliares muy molestos, y sensibilidad del globo ocular á la presión. Su agudez visual era nula y sólo existía la percepción luminosa; estudiando el campo visual, encontré que en todas sus partes había sensibilidad para la luz. El alumbrado oblicuo confirmaba la casi desaparición de las cámaras oculares y la parálisis pupilar (siendo de advertir que no se había instilado ningún midriático); el examen oftalmoscópico me demostró que era imposible alumbrar el fondo ocular. El ojo izquierdo lo encontré emélope y perfectamente sano, excepto un ligero lagrimeo producido por acción refleja.

Con los datos que preceden, el diagnóstico no era dificultoso; se trataba pues de una herida hecha con un cuerpo agudo, que interesó la córnea y la cristaloides anterior; imbibición consecutiva de la lente por el humor acuoso, opacificación ó hinchamiento consecutivo del cristalino determinando accidentes glaucomatosos graves.

Si el diagnóstico era sencillo, el tratamiento presentaba por el contrario serias dificultades. No abusaré de la benévola atención de mis honorables consocios entrando en consideraciones patogénicas sobre la catarata traumática; no haré tampoco reminiscencias sobre la bibliografía médica, puesto que mi auditorio, muy ilustrado, conoce perfectamente todo lo que á este asunto se refiere; sólo haré observar que cuando la herida de la cristaloides anterior es muy amplia, el enfermo se encuentra en condiciones relativamente mejores, puesto que el humor acuoso, obrando libremente sobre el cristalino, no solamente lo opacifica, sino que tiende á reabsorberlo después, habiendo casos de curación espontánea de la catarata traumática, como ya he tenido el honor de referir hace algunos años á esta ilustrada Academia un caso de este género.

Si la herida es pequeña, puntiforme, las condiciones cambian por completo; el humor acuoso no puede penetrar sino difícilmente entre las fibras lenticulares; las opacifica, las hincha, las degenera, mas siendo su acción

tan limitada, no puede llegar al último grado del proceso, es decir, la disolución del cristalino opaco, lo cual exige que éste se bañe ampliamente en aquel líquido; si á esto se agrega que la pequeña herida de la cápsula anterior puede cicatrizar, cerrando por consiguiente la benéfica puerta de entrada al referido humor y á su acción disolvente; si se tiene en cuenta además, que el proceso degenerativo é hipermegálico continúa, una vez que ha recibido el primer impulso, se comprende sin dificultad que el paciente se encuentra en pésimas condiciones, puesto que el ojo siendo poco extensible, no puede acomodarse fácilmente al aumento de volumen de la lente, sin que estallen muy pronto los terribles accidentes del glaucoma sintomático.

En estas condiciones se encontraba mi enfermo: su cristalino hinchado aumentaba la tensión intra-ocular, y tendía á obstruir las vías de circulación del ojo; el humor acuoso era impotente para reabsorber la lente opaca, por no tener el acceso necesario, y á mayor abundamiento, era de esperarse que de un momento á otro aparecieran fenómenos simpáticos, comprometiendo las funciones del ojo izquierdo.

¿Qué hacer en circunstancias tan difíciles? Cuando existía una hipertonía manifiesta ¿no habría sido temerario intentar la extracción del cristalino en medio de accidentes flegmáticos y glaucomatosos?

¿Habría sido racional practicar una amplia sección de la córnea, suficiente para dar paso á un cristalino tan voluminoso, vistas las malas condiciones de la circulación intra-ocular?

Por otra parte, ¿la operación misma no era peligrosa, y no exponía á la brusca salida de una gran parte del cuerpo vítreo, y con este accidente al desprendimiento de una porción extensa de la retina, ó á la hemorragia intra-ocular *ex vacuo*, y por lo tanto á la pérdida definitiva del ojo enfermo?

Meditando en tan serias dificultades, creí oportuno disminuir por de pronto la tensión intra-ocular y calmar los fenómenos irritativos y dolorosos sirviéndome para este fin de los mióticos y de la quinina, con los cuales obtuve un resultado satisfactorio, puesto que cuatro días después la neuralgia ciliar había calmado notablemente, la inyección periquerática disminuído, y la tensión era casi normal; la midriasis persistía, no obstante, como el primer día.

Pensando entonces que la práctica no se adquiere en los libros, que la experiencia, ese gran maestro, nos enseña por una atenta observación el camino más apropiado para llegar á una terminación feliz de las enfermedades, me resolví á practicar el medio que la naturaleza pone en juego

en esos casos para la reabsorción de la lente opaca, y para la desaparición de los fenómenos glaucomatosos; á saber, la amplia abertura de la cristaloide anterior.

No se me oculta que si este medio es inocente en los niños, presenta mayores dificultades á la edad de 15 años. Pero si el cristalino había llegado en el caso que refiero al máximum de su aumento de volumen ¿había algún inconveniente en exponerlo á la influencia del humor acuoso, para procurar su reabsorción? ¿No era este medio más inocente que la difícil extracción de la lente en las circunstancias mencionadas?

Fundándome en todas estas razones, justas á mi modo de ver, procedí á la amplia discisión de la catarata, sirviéndome para esto del cuchillo de Galenzowski, previa la asepsia y la anestesia local.

El resultado fué satisfactorio; las masas opacas trituradas afluyeron á la exigua cámara anterior, y ví con gusto una brecha negra que acababa de abrir en la pupila; el enfermo pudo contar los dedos acto continuo, y aún leer gruesos caracteres tipográficos. Lo curé convenientemente, y me cercioré tres días después al desvendarlo, que no sólo no había accidente alguno, sino que los fenómenos hipertónicos habían disminuído de una manera notable; la pupila era ya contráctil, mejoría que los mióticos no habían podido determinar.

Alentado con este primer éxito, practiqué cinco días después una segunda discisión, pues existían aún masas lenticulares opacas en abundancia, siendo en esta vez el resultado tan satisfactorio como en la primera.

El cristalino opaco no se reabsorbe con tanta facilidad en personas de 15 años de edad como en los niños, por lo cual me ví obligado á practicar dos veces más la discisión. El resultado final fué bastante bueno: tensión normal, desaparición completa de los dolores y de la inyección, pupila contráctil, agudez visual de lejos, igual á seis décimos, siendo posible la lectura de cerca, con el lente corrector correspondiente. Algunos días después, el enfermo volvió á su país natal, libre ya de aquellos sufrimientos tan molestos, y con la vista necesaria para las necesidades prácticas de la vida.

El hecho que acabo de relatar se presta á muchas consideraciones. La conducta que debe observarse en los casos de catarata traumática es muy difícil de definir; si en los niños la discisión es muy benigna, no deja de ser peligrosa á mayor edad. Creo, no obstante, poder concluir del hecho que precede, que en los casos en que exista una pequeña herida de la cristaloide, con opacidad é imbibición del cristalino, provocando hiper-

tonía y siempre que el paciente sea todavía joven, es preferible abrir ampliamente la cristalóide y dejar obrar al humor acuoso, pues la extracción de la lente presentaría dificultades y peligros que no ofrece aquella operación.

II

El segundo caso que voy á referir, es también relativo á la catarata.

Cada hecho clínico es esencialmente concreto; las condiciones especiales varían en cada enfermo, y para tener la mayor suma posible de experiencia, es necesario acumular los casos, y el tener en cuenta el mayor número posible de ellos, es muy útil tratándose de un arte tan complejo como es la medicina.

Me refiero á una complicación que puede sobrevenir en la operación de la catarata, y que es de tal manera rara, que pocos casos conozco de ella en la bibliografía médica: "la flacidez excesiva de la córnea."

Se trata de una enferma de la Clínica oftalmológica que está á mi cargo, y que fué operada por mí hace tres semanas. Es una mujer de cincuenta y tantos años (ignora su edad exacta), debilitada, enfisematosa, con accesos continuos de tos y con piel flácida y en la mayor pobreza orgánica.

Dos años hacía que se encontraba completamente ciega á consecuencia de catarata senil doble, complicada de conjuntivitis crónica. Curada de esta última afección en el Consultorio que, merced á la bondad de mi maestro el Sr. Dr. Lavista, tengo establecido en el hospital de San Andrés para la enseñanza de los alumnos de nuestra Escuela, la paciente reclamaba de mí una operación que la librara de su ceguera. Hice notar á mis discípulos lo dudoso del éxito, vistas las malas circunstancias de la enferma, y muy especialmente su tos constante.

Cediendo á sus repetidas instancias, me decidí á operarla; la operación se practicó en la casa de la paciente (Espalda de San Andrés), pues careciendo la Clínica de un servicio propio, me veo obligado con frecuencia á operar á los enfermos en su domicilio.

Practiqué la operación, según el manual ordinario, y con la asepsia rigurosa que acostumbro, en presencia de los alumnos de la Clínica. El acto operatorio no ofreció nada de particular; queratotomía regularmen-

te semicircular, amplia quistitomía y salida de catarata dura en ambos ojos.

Cuando procedí á la oclusión de los párpados, se me presentó un accidente en que no había pensado, y que se marcó sobre todo en el ojo derecho: la córnea era de tal manera flácida, que la adaptación de los labios de la herida, era absolutamente imposible, pues al cerrar el ojo, aquella membrana era arrastrada por el párpado superior, como una tela blanda que se arruga, dejando el iris á descubierto: Varias veces hice que la operada cerrara el ojo lo más suavemente posible, pero siempre con un resultado desfavorable. Los pliegues de la córnea se presentaban exactamente en línea horizontal, y era verdaderamente arrollada hacia la parte inferior; desde que practiqué la queratotomía, hice notar á mis discípulos, que la córnea, lejos de presentar la resistencia normal, se dejaba dividir por el cuchillo, con una facilidad verdaderamente asombrosa.

En circunstancias tan anómalas, y no habiendo leído jamás, cómo habrán procedido en circunstancias análogas los operadores, si se les ha presentado un caso semejante, recurrí al medio siguiente: después de poner en contacto, cuanto pude, los bordes de la incisión, tomé con unas pinzas romas de epilación el párpado superior, y procurando atraerlo hacia adelante, para que no arrastrara consigo la córnea flácida, cerré el ojo lentamente; en el lado izquierdo las dificultades para adaptar los labios de la herida, fueron menores. Una curación con yodoformo y un vendaje compresivo fueron el complemento de la operación.

La enferma atendida por mis alumnos y vigilada por mí, presentó al desvendarla, dos hernias del iris, que además de las circunstancias mencionadas, fueron favorecidas por los frecuentes accesos de tos, y vómitos biliosos que se presentaron ese día. La continuación del vendaje y las curaciones cuidadosas consecutivas dieron por resultado la reducción total de la hernia en el lado izquierdo, con cicatrización perfecta, y la persistencia de una hernia muy pequeña en el ojo derecho, con cicatriz cestoide, y pupila ligeramente alargada hacia arriba. No obstante, la enferma sale á la calle, y ayer concurrió por primera vez al hospital, donde pudo ser examinada por los alumnos. Su agudez visual es muy satisfactoria, y la paciente está satisfecha del éxito de la operación.

En un tratado de mi estimado maestro Galenzowski, oculista esencialmente práctico, he leído algo relativo á esta complicación; ha bastado en los casos que él ha visto, repeler la córnea hacia arriba con una cucharilla, y levantar ligeramente el párpado inferior para conjurar el accidente.

Es indudable que en el caso que acabo de referir, la flacidez corneal era mucho más considerable, pues dichas maniobras no dieron resultado, siendo necesario recurrir al medio que emplee. Llamo por lo tanto la atención de mis distinguidos consocios sobre una complicación, que es rara, llevada hasta ese extremo, y que puede poner en dificultades al operador.

III

Para no abusar de la paciencia de los señores Académicos, referiré con la mayor brevedad posible un tercer hecho clínico, que no carece de interés en mi concepto, bajo el punto de vista etiológico.

El día diez y ocho de Marzo del presente año me vió en mi consulta el joven Adalberto Gómez, natural de Pachuca, bien constituido, de ejercicio comerciante, el cual vino de su tierra natal con el fin de curarse de una afección de la vista.

Me refirió que dos meses antes había sufrido un tifo exantemático perfectamente caracterizado; la enfermedad duró diez y ocho días, y tanto por el diagnóstico establecido por su médico de cabecera, cuanto por lo que él me relató, creo que no pudo tratarse sino de dicha enfermedad.

Durante la convalecencia, que fué regular y sin que el enfermo pueda fijar el día, notó que no podía ver con el ojo izquierdo. La falta de la vista persistía hasta esa fecha, y el paciente justamente alarmado, vino á esta capital á fin de consultarme.

El examen físico me demostró que la pupila izquierda se encontraba muy ligeramente dilatada y perezosa; que no había exteriormente ningún otro signo que llamara la atención; falta de inyección conjuntival y periquerática, ausencia de hipertonía, iris con su color normal, pupila negra, cámaras oculares íntegras; en suma, nada extraordinario; el ojo derecho estaba enteramente sano.

El examen funcional me hizo ver que la agudez visual era nula y que había percepción luminosa imperfecta en todos los puntos del campo periférico. El oftalmoscopio me reveló que este individuo era emétrope, que su ojo derecho era normal; que en el izquierdo la pupila estaba blanca sin ningún reflejo gris, que las ramas arteriales desde el centro del disco óptico se encontraban reducidas á delgados filamentos blanquizcos apenas apreciables; que los contornos de la papila estaban ligeramente velados, sin que hubiera por lo demás hemorragias ni exudados en ninguna parte del

fondo del ojo. Con todos estos datos, era fácil diagnosticar un embolio de la arteria central de la retina en su tronco mismo.

En vista de esto, examiné cuidadosamente el aparato cardiovascular del enfermo, encontrándolo perfectamente sano, y no habiendo en su familia antecedentes reumáticos ni cardio-páticos. En suma, no ha habido otros antecedentes que el tifo.

Teóricamente se concibe que dicha enfermedad, en la cual sobreviene el estado particular de la sangre llamado *inopéxia*, y que algunas veces da lugar á la gangrena de los miembros inferiores, pueda producir la obstrucción de la arteria central de la retina con sus terribles consecuencias, como la atrofia total de la papila y la pérdida definitiva de la visión. Así sucedió en este enfermo, que vino á consultarme pasados dos meses, teniendo su papila totalmente atrofiada.

Debo decir que en la bibliografía médica, no encuentro señalado el tifo como causa de obstrucción de la arteria central de la retina, aun cuando teóricamente se conciba; declaro igualmente que en mis enfermos jamás había yo notado un caso de este género. Siendo el tifo una afección que tanto nos interesa por su frecuencia entre nosotros, creo que esa manifestación ocular tan rara de esta enfermedad, es digna de consignarse en los anales de la ciencia.

* * *

He ocupado la atención de mis ilustres consocios con el relato de estos hechos, creyendo que las observaciones clínicas constituyen el fundamento de la medicina práctica, y por lo mismo deseo que las que he referido puedan servir de contingente, por pequeño que sea, para nuestra oftalmología nacional.

México, Junio 14 de 1893.

JOSÉ RAMOS.

