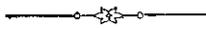


tesias, neuralgias y otros padecimientos mal definidos, no son tan raros en la declinación de la edad en las histéricas.

Siendo para mí positivo, que existe estrecha relación, en personas histéricas entre su neurosis y la úlcera redonda del estómago que llegaron á tener, por ser tan perfectamente demostrada por Mr. Gilles de la Tourette esa relación de causa á efecto, no tengo repugnancia en decir que si no tuviera mi enferma, ya anciana las anestias características, signo de la neurosis en actividad, me bastaría hoy, según el convencimiento que en mí ha producido la lectura de la lección dada por aquel sabio clínico, el hecho del padecimiento reciente del estómago que ha afligido á esta enferma que anteriormente y por mucho tiempo tuvo accesos de histeria para afirmar que no se ha borrado la marca de la neurosis en ella, aunque sus órganos genitales internos están desde hace años en inacción.

México, Mayo 16 de 1900.

JOSÉ OLVERA.



OFTALMOLOGÍA.

DOS CASOS DE CLINICA OFTALMOLOGICA.

I.

A principios de Abril del presente año, se presentó á mi consulta la Srita. S. O. nataral y vecina de Yuriria (Estado de Guanajuato), que vino á la Capital con objeto de consultarme, acerca de una extraña afección ocular.

Habiéndose acostado la noche del 2 del mismo mes, sana al parecer, y sin que mediara antecedente alguno digno de mencionarse, notó al siguiente día, cuando se levantó, que su ojo izquierdo había perdido la facultad de la visión, de tal manera que cubriéndose el derecho, no distinguía la luz, de la obscuridad. El hecho le sorprendió tanto más, cuanto que su salud era completa y que acudiendo á sus recuerdos no

encontraba el más insignificante pretexto á que atribuir tan súbita ceguera monocular.

Examinando á la paciente, no encontré en su hábito exterior algo que llamase la atención; en el ojo afectado no aprecié vascularización anormal, hipertonia, secreción patológica ni enturbiamiento, notando como único signo patológico, midriasis exagerada, faltando en lo absoluto la reacción pupilar foto-motora y moto-motora. Esto me hizo pensar en que tal vez se le había instilado algún midriático, cuya sospecha fué corroborada por la enferma, quien me refirió que un médico de Yuriria le había aplicado atropina con objeto de practicar fácilmente el examen oftalmoscópico; la dilatación pupilar no tenía por lo tanto significación positiva en el caso á que me refiero.

Colocada frente á una ventana y bien cubierto el ojo sano me cercioré de que no distinguía con el otro la sombra de la mano. Sentada en postura adecuada para el reconocimiento oftalmoscópico me convencí de que no percibía la luz de una bujía esteárica, ni de una lámpara de petróleo. En vista de tales resultados, la existencia de serias lesiones súbitamente producidas, se imponía naturalmente y me prometía encontrar ya una embolia del tronco de la arteria central de la retina, ya una hemorragia generalizada del vítreo. Antes de explorar el fondo del ojo, iuterrogué acerca de las afecciones que más comunmente dan lugar á aquellas perturbaciones vasculares; el resultado fue negativo y el examen de la región precordial no me enseñó nada de particular. Mayor fue mi sorpresa, cuando empleando el oftalmoscopio, encontré perfectamente diáfanos, los medios del ojo, y del todo sana la papila y las membranas profundas; coroides, retina, mácula, disco óptico, vasos, estaban absolutamente intactos; se hubiera podido enseñar ese ojo en una clase de fisiología, como tipo de órgano normal; el ojo derecho, sano, no presentaba en su fondo ninguna diferencia con el enfermo. Me encontraba frente á una enfermedad *sine materia*; palpaba los serios estragos de la afección, pero no vislumbraba el cuerpo del delito.

La idea del proteo patológico de la histeria, se ocurría desde luego, y en ese sentido dirigí mis investigaciones; el resultado fué tan infructuoso, como el obtenido por las pesquisas anteriores; ni el más ligero estigma, ni el más insignificante antecedente personal ni hereditario, ni siquiera alguna pequeña lesión que pudiera autorizarme á clasificar el caso entre los de histero-traumatismo como se dice en el lenguaje de moda.

Me encontraba con un espíritu sano, en un cuerpo sano.

Hace algún tiempo relataba á esta docta Academia, un hecho análogo, que ponía en contraposición con otros, en que había mediado siquiera una emoción moral en personas de carácter impresionable ó irascible. En el hecho actual como en el referido entonces, faltan las señales de histerismo anterior ó contemporáneo; no hay antecedentes morales ni traumáticos; coincide la pérdida de la visión, con un estado de salud completa; se presenta en suma con todas las apariencias de la espontaneidad. Por tales razones, propuse aquella vez la denominación de ceguera nerviosa, á falta de otra mejor, para designar tan extraña enfermedad.

La marcha que siguió la afección, confirmó enteramente mi diagnóstico y presentó algunas particularidades sobre las cuales deseo insistir.

El día 11 de Abril, la paciente comenzó á distinguir los movimientos de la mano, á corta distancia del ojo enfermo, y el día 13 (viernes santo), pudo ya contar los dedos. Colocada en la cámara oscura, no distinguía la luz intensa de una lámpara, reflejada por el espejo cóncavo del oftalmoscopio de Follin, sino cuando el haz luminoso se dirigía hacia el centro, pero bastaba desviarlo unos cuantos grados, hacia un meridiano ocular cualquiera, para que la impresión luminosa dejara de ser percibida. Los días siguientes, la agudez visual fue aumentando con rapidez; comenzó á distinguir los caracteres más grandes de las escalas, y en seguida percibió los demás, de tal suerte que el día 25, su agudez visual de lejos y de cerca, llegó á ser igual á 0,9. Cosa notable, los progresos que hacía la agudez visual, estaban lejos de coincidir con el aumento de la percepción de la luz intensa; en todo el campo periférico, el hacecillo reflejado por el espejo, casi no era percibido, y aun en el centro mismo no apreciaba la luz sino de un modo confuso, lo que formaba un singular contraste con la mejoría en la percepción de las formas de las letras. El estrechamiento del campo periférico ha sido notado por todos los observadores, como característico de la ambliopía histerica, pero no sé que se haya señalado hasta hoy la disminución del sentido luminoso aun en el centro, no obstante la casi integridad de la agudez visual.

La facultad cromática totalmente perdida los primeros días, fué apareciendo poco á poco, siendo el rojo y el amarillo, los primeros co-

lores percibidos, el verde y el azul, los últimos, al grado de que aún los confundía mi enferma la última vez que tuve oportunidad de examinarla.

Por la falta absoluta de antecedentes, este caso ofrece grande analogía con el que referí en otro trabajo, siendo los únicos de esta clase que he podido observar durante muchos años de práctica asidua en la oftalmología. Después de mi primera comunicación á esta sociedad, leí en una de las lecciones clínicas (la número LXXV,) del Profesor Panas, publicadas el año próximo pasado, por el Dr. A. Castan, un caso que tiene gran semejanza con los míos. Se lee en efecto en la página 252.

..... "Voy á citaros á título de ejemplo, una observación: era una enferma adulta vigorosa, y sin ninguna tara aparente de histeria, la cual fué bruscamente atacada de amaurosis total *sine materia*, del ojo derecho. El examen, hecho con la interposición de un vidrio rojo, entre el ojo sano y las escalas crómicas de Snellen, me demostró perentoriamente que no había simulación; rogué á mi colega Mesnet, que sometiese á la enferma á la sugestión post-hipnótica. El resultado fué que la amaurosis unilateral total, desapareció completamente después de dos sesiones y pudimos cerciorarnos de esto, repitiendo las exploraciones de que acabo de hablaros. Esta curación se sostenía al cabo de seis meses, cuando tuve oportunidad de examinar de nuevo á la enferma.

En la misma lección, (pág 254) se expresa de la manera siguiente el citado Profesor: "No os detengais en el diagnóstico de ambliopía histerica por la objeción de que el sujeto no ha presentado hasta entonces ningun estigma, ni de que sea vigoroso ni menos aun de que se trate de un hombre. Sabemos al presente, á no dudarlo, que obre os, tabajadores y en general, hombres cuyo sistema nervioso está lejos de ser excitable, pueden presentar semejante ambliopía. sobre todo con ocasión de un traumatismo ó cualquiera otra causa en la cual el terror ha tenido gran parte. Es lo que se ha convenido en llamar histero-traumatismo del que la ampliopía forma parte, y aun es la principal característica al lado de la anestesia cutanea y de la muscular."

Creo inferir de lo expuesto que los casos de la ambliopía que yo llamo nerviosa sin antecedente alguno, son demasiado raros y por esto he querido consignar los que hasta ahora he observado. ¿Porque en la enferma á que esta breve nota se refiere, el sentido luminoso estaba tan notablemente disminuido, aun cuando la percepción de las formas se hubiera recobrado en gran parte?

Me consta que no había simulación, y que la paciente tenía sobrada inteligencia para describir sus impresiones. No cabe duda que el sentido luminoso, el sentido de las formas y el cromático no están siempre en relación, como no lo están tampoco las diferentes formas de sensibilidad cutánea, encontrándose un ejemplo notable en los casos de siringomielia, en los cuales la sensibilidad táctil es conservada, perdiéndose la sensibilidad dolorosa. En la histeria cuyas manifestaciones son tan variadas y en apariencia tan caprichosas, puede suceder que las diferentes formas de sensibilidad retiniana no estén entre sí en razón directa; mi caso sería un ejemplo marcado de este fenómeno, cuya interpretación pudiera conducir á numerosas é importantes consideraciones, limitándose por ahora á citar el hecho, sin comentarlo.

¿Pudiéramos decir que en los casos de ambliopía, ía sin lesión material apreciable y sin histeria, la perturbación visual puede considerarse como la primera, y acaso como la única manifestación de aquella neurosis, al mismo título que la atrofia papilar gris, puede ser la primera, y en algunos casos la sola manifestación de la esclerosis de los cordones medulares posteriores?

¿En los diversos casos de ambliopía histérica, se trata de una auto-infección, teniendo en cuenta que el sistema nervioso es el regulador de los cambios de nutrición del organismo?

Hablando de este asunto, el Profesor Panás, se expresa del modo siguiente: "Se puede suponer que la falta de equilibrio, deriva de producción de sustancias, ya paralisantes y que dan lugar á la ambliopía, ya convulsivantes, y que provocan contracturas musculares de todas clases. Sabemos también que existen parálisis de los músculos extrínsecos del globo, que se refieren á la histeria. Esta no es sin duda más que una hipótesis, pero como tal, debe tenernos en acecho, y hacernos buscar una toxemia causal posible, de la que pudiera darse cuenta, por el estudio experimental del poder tóxico de la orina y por el análisis químico de dicho líquido."

Para concluir lo relativo á la historia clínica de mi enferma, diré que pudo irse restablecida á su tierra natal, habiendo consistido el tratamiento en antispasmódicos y estrícnicos; posteriormente nada he sabido de ella, lo que me hace creer que ha seguido bien, pues en caso contrario, me lo habría comunicado, según me dijo á su partida.

II.

Mucho se ha discutido acerca de la conveniencia ó inoportunidad de la intervención quirúrgica, en los casos de catarata diabética. En la actualidad parece que las opiniones se han uniformado, y que todos los oculistas proceden á la extracción del cristalino opaco, en caso de diabetes. Hace algunos años, en una discusión que tuvo lugar en esta Academia, sostuve la necesidad de la intervención, siempre que no haya serias complicaciones retinianas, ó de otro género, originadas por aquella discrasia, fundándome en que no se cuenta con otro medio para volver la función perdida, y que en mi práctica no había tenido que deplorar hasta esa época, ningún contratiempo imputable á la diabetes.

De entonces acá he tenido oportunidad de operar varias cataratas de la misma naturaleza, confirmándome cada vez más, en la opinión que aquí sostuve en aquel tiempo.

Debo confesar no obstante, que he notado ulteriormente un pequeño accidente, que voy á referir; dicho accidente, observado por algunos, negado por otros, se ha puesto nuevamente al debate, según lei en uno de los últimos números de los "Anales de oculística," y por ser de oportunidad, voy á narrar un hecho que á dicho asunto se refiere.

Hace algunos meses, una familia de la capital, me recomendó á la Sra. N. para que la asistiera de sus males; dicha Sra., ya anciana, sufrió hace algunos años la operación de la catarata del ojo izquierdo, la cual fue ejecutada en París, por mi distinguido maestro el Profesor Galezouski. El éxito fue completo, y la operada vé bastante bien con ese ojo. Algunos años después de su arribo á México, comenzaron á presentarse los síntomas de la glicosuria, que se acentuaron más y más, y la vista comenzó á debilitarse en el ojo derecho, hasta perderse por completo.

Cuando yo la examiné, la diabetes estaba en su apogeo; había 50 gramos de glicosa por litro de orina; la poliuria, sed excesiva, y demás perturbaciones de aquella afección formaban un conjunto clásico, siendo la enferma manifestamente reumática, sin lesión cardíaca. En el ojo derecho, encontré que había catarata dura, completa, y un examen minucioso, me hizo creer, que no había lesiones de importancia en el fondo del ojo, como no las había tampoco en el lado izquierdo, operado antes de la aparición de la enfermedad diatésica.

La pupila reaccionaba perfectamente, y la tensión del ojo era normal. Sometida á un tratamiento adecuado y á un régimen severo, se notó que los síntomas funcionales, disminuían sensiblemente y los análisis que de tiempo en tiempo se practicaban, hacían ver que la glicosa iba decreciendo, habiendo bajado su cifra hasta 5 gramos por mil.

Experimentando la paciente un bienestar marcado, estaba ansiosa porque le operasen su ojo derecho, á la cual sólo me detenía el temor excesivo de la familia que había oído hablar de los peligros que cualquiera operación quirúrgica, presenta en el curso de la diabetes.

Viendo que el azúcar había descendido á un mínimo que ya parecía estacionario, cediendo á varias instancias de la interesada, y animado por anteriores éxitos en casos parecidos, logré convencer á las personas, de quienes la enferma depende de la conveniencia de la operación, y conforme á los preceptos clásicos, previa rigurosa antisepsia, procedí á la extracción, hace dos meses, aproximadamente. No hubo incidente notable, salvo la dificultad para la salida de la lente, y apesar de que hice una amplia queratotomía, pues el cristalino era voluminoso y la cornea relativamente pequeña. Lavé la cámara anterior y coloqué el apósito usual.

No experimentó la operada la menor molestia; dormía tranquilamente, y todas sus funciones se ejecutaban con regularidad. Creí oportuno cambiar el vendaje y examinar el ojo al sexto día.

La cornea estaba perfectamente diáfana, la pupila negra y circular, la visión excelente, la inyección vascular muy marcada, sobre todo hacia arriba, pero cosa notable, no había el menor vestigio de cicatrización; los dos labios de la herida se distinguían muy bien separadamente. Hice un lavado antiséptico, y coloqué un vendaje ligeramente compresivo, para adaptar lo más posible, los bordes de la incisión.

Tres días después persistía la desunión de los labios de la herida sobre todo hacia la parte media, pues en las extremidades comenzaba á verificarse su reunión; creí conveniente excitar los bordes con un colirio de ácido tánico, atendiendo á la nutrición general.

Para no hacer cansado este relato, debo añadir que tardó más de 25 días, en hacerse una adherencia total, lo cual comenzaba ya alarmarme y á hacerme pensar en que medio emplearía para terminar con tan anómala situación.

Todo marchó en seguida con regularidad; la inyección fue disminu-

yendo poco á poco y se formó una cicatriz definitiva, que no tiene más defecto que ser ancha, pero que en nada estorba la visión. La agudez visual de cerca y de lejos es irreprochable y dentro de breves días la operada partirá nuevamente á Europa, gozando de los beneficios de la visión bi-ocular.

He dicho que la tensión ocular no estaba aumentada, ni lo está actualmente; insisto sobre esto, porque á la hipertonia se ha incriminado como causa de retardo en la cicatrización corneal; el iris no quedó enclavado en la herida, ni tampoco la cápsula lenticular. En mi concepto, fué la diabetes la que debilitando en todo el organismo el proceso nutritivo, retardó el tejido de nueva formación, y me hizo temer una necrobiosis corneal.

Posteriormente observé un caso análogo, perteneciente á mi buen amigo el Sr. Dr. Montaña, cuyo caso terminó tan felizmente como el mío.

Acepto, por lo tanto, la idea de los que admiten que en casos raros, la diabetes puede retardar la cicatrización de la herida, corneal después de la operación de la catarata, y hago notar que en los dos hechos observados el accidente fue más alarmante que grave.

México, Junio 6 de 1900.

JOSÉ RAMOS.

