

CLINICA INTERNA

Algunas manifestaciones de la infección gripal observadas en México.

La enfermedad infecciosa general, designada con los nombres de gripa ó influenza, es conocida desde épocas muy remotas, pues en el siglo XII fué mencionada y aun descrita con suficiente claridad. Durante el siglo XVII se presentó varias veces en Europa, revisitando formas epidémicas generalizadas y en ocasiones graves. La

epidemia de 1627, después de recorrer diversos países europeos, se propagó hasta América, y desde esa época ha visitado nuestro Continente repetidas veces.

Mi inolvidable maestro el Sr. Dr. D. Rafael Lucio, hablaba en su clase de varias invasiones gripales en México, y nos refería que en aquellos tiempos había la costumbre de dar á la enfermedad un nombre relacionado con los acontecimientos más notables, políticos ó de otro orden, que coincidían con la epidemia; así fué designada en diversas épocas con los originales motes de «El pronunciamiento de los polkos,» «el golpe de Estado,» «el incendio del Volador» y otros por el estilo.

La influenza pareció olvidarse de nosotros por mucho tiempo, pero la epidemia que partió de Boukara (Asia Central) en la primavera de 1889 y se extendió después á Siberia, al resto de Rusia, Alemania, Austria y Francia, á donde llegó en noviembre del mismo año, fué importada á América poco después, llegando á los Estados Unidos del Norte el mes de diciembre; á principios del siguiente año la epidemia se presentó en México, recorriendo en nuestro país extensas comarcas y distinguiéndose por su gran poder de expansión, así como por la severidad de sus formas en numerosos casos. Desde entonces hasta ahora hemos tenido oportunidad de ver algunas epidemias, aunque no tan notables, y de estudiar las múltiples manifestaciones de la infección gripal.

No entra en mi propósito relatar en esta memoria todo lo que he podido notar con referencia á la etiología, síntomas, complicaciones, diagnóstico, pronóstico, profilaxis, tratamiento y formas de la enfermedad; voy á referirme tan sólo á algunas de sus manifestaciones oculares que me ha sido dado observar.

Desde el período prodrómico algunas veces, pero con mayor frecuencia desde el de invasión, puede haber algunas manifestaciones gripales en los órganos de la visión; la cefalalgia, que casi siempre es muy aguda, predomina á veces en el globo ocular y en la profundidad de la órbita; el dolor puede ser muy tenaz, no dejando reposo al paciente durante el día y contribuyendo al insomnio por las noches; la intensidad con que suele presentarse y su sitio profundo, han hecho creer á algunos observadores que el dolor radica

en la aponeurosis, de Tenon; no es raro que coincida con él, un estado edematoso de los párpados, á veces ligero, pero en ocasiones de tal modo acentuado, que dificulta mucho abrir los ojos; este edema local es blando y pálido, no reviste caracteres inflamatorios; lo he visto persistir sin inconveniente alguno durante cuatro ó cinco días, desapareciendo después con lentitud y sin dejar ningún vestigio. Puede verse la conjuntiva palpebral muy inyectada, encontrándose también inyección, aunque menos viva, en la porción bulbar de la membrana. Existe á veces una verdadera conjuntivitis, acompañada de lagrimeo abundante y determinando una fotofobia ligera.

Estas manifestaciones variadas de la infección, deben ser consideradas como benignas, pues no obstante los dolores á veces muy agudos y las molestias consiguientes, nunca van seguidas de resultado funesto para el órgano visual.

Durante el período de estado y también en la convalecencia, puede haber otras manifestaciones más severas y algunas excesivamente graves.

Hace algún tiempo tuve oportunidad de tratar un caso de tenonitis gripal en la niña L. P.; la paciente, como de 6 años de edad, sufrió un serio ataque de influenza, asistiéndola mi distinguido amigo el Sr. Dr. D. J. Ramón Icaza; por su indicación fuí llamado para atender á la pequeña paciente de una complicación que apareció en el ojo derecho durante la defervescencia del mal.

Encontré á los padres de la niña justamente alarmados por la inesperada afección ocular de su hija; me llamaron la atención acerca de la rapidez con que el mal se había desarrollado, alcanzando en breve tiempo notables proporciones. Había en el lado derecho, dolores periorbitarios y oculares que se exacerbaban por la presión, siendo imposible que la enferma, á causa de su corta edad, precisara la naturaleza y marcha de ese dolor; el examen físico reveló lo siguiente: inyección de la conjuntiva, más marcada en la porción palpebral de la membrana; ausencia de exudación mucosa y falta de hipersecreción de las glándulas de Meibomius; estos caracteres negativos los juzgué de importancia, pues alejaban la idea de una bléfaro-conjuntivitis catarral, que, por otra parte, es de ordinario bi-ocular. Pude comprobar, en cambio, la existencia de otros ca-

racteres importantes: la membrana mucosa se encontraba sensiblemente hinchada, dominando la tumefacción en el fondo del saco inferior y siendo menos marcada en la conjuntiva bulbar, en la que determinaba la formación de un rodete poco saliente alrededor de la córnea; la hinchazón presentaba un aspecto francamente edematoso y no podía confundirse con otro género de infiltración. Había además una ligera exoftalmía directa, siendo muy limitados en todos sentidos los movimientos del globo ocular, que parecía afectado de discinesia. No había anisocoria y la pupila reaccionaba normalmente; tampoco existía inyección peri-querática, siendo además la tensión del ojo enfermo, igual á la de su congénere. El examen oftalmoscópico reveló la integridad de los medios diáfanos, de las membranas profundas y del nervio óptico. El funcionamiento visual era fisiológico; la agudez central y la facultad cromática, iguales á las del ojo sano. Ausencia de síntomas generales. Con este cuadro sintomático, por cierto bastante limitado, así como por la rápida evolución del mal, me creí autorizado para diagnosticar «tenonitis serosa,» pues el caso presentaba los caracteres asignados á dicha entidad morbosa, por Ferral y Mackenzie, desde 1841, y confirmados después por muchos observadores, que se han ocupado de la materia, entre otros Panas y Fuchs. Como el mal se presentó en la terminación de un ataque de influenza, sin que hubiese por el momento afección reumática ú otra causa patógena conocida, debía incriminarse á la infección gripal como productora de la afección. La influenza ha sido mencionada ya como causa de tenonitis, y aún puede suceder que la flegmasía termine por supuración, como en el caso descrito por Fuchs. Esto me obligó á pronunciar un pronóstico reservado, pues conocía también un caso de Caron de Villards, en el que se perdió la vista en un ojo afectado de tenonitis.

Procuré, no obstante, tranquilizar á la familia en cuanto era dable é instituí el tratamiento que creí indicado: cloruro de quinina y analgesina á dosis conveniente, compresas y lavatorios calientes en el órgano enfermo, y permanencia en una recámara abrigada, procurando evitar los enfriamientos.

Durante 8 días no se presentaron modificaciones apreciables; pero al cabo de ese tiempo la enfermedad comenzó á declinar sen-

siblemente, y como 15 días después, el ojo recobró su estado normal, no quedando ni la más ligera señal de tenonitis. He visto después á la niña por otros motivos, sin encontrar vestigios apreciables del padecimiento.

Tuve oportunidad de observar más tarde un caso análogo en un adulto, siguiendo el mal la propia marcha y terminando también por resolución.

He estudiado hasta ahora tres casos de parálisis de los músculos oculares extrínsecos en la defervescencia de la gripa; mi primera observación se refiere á un hombre de campo que sufrió un ataque benigno de influenza; encontrándose convaleciente de su enfermedad, comenzó á notar algunos trastornos oculares que lo decidieron á consultarme algunos días después; el examen físico y funcional me reveló la existencia de un estrabismo divergente del ojo derecho, con los caracteres clásicos de la parálisis disociada é incompleta de la rama del tercer par, que inerva al músculo recto interno; la desviación ocular era poco manifiesta, pero existía la sensación vertiginosa tan común en los casos de parálisis oculares, y la prueba con los vidrios de color revelaba una diplopia cruzada, aumentando la separación de las imágenes cuando se llevaba el foco luminoso hacia el lado del ojo sano. Los músculos intrínsecos, animados también por el motor ocular común, estaban indemnes; la pupila presentaba su movilidad fisiológica y la acomodación era normal.

Cerca de un mes fué necesario para que el mal desapareciese por completo; recomendé al paciente una higiene rigurosa, la oclusión del ojo derecho con un vidrio ennegrecido en su cara posterior, para evitar los efectos desagradables de la diplopia, estrénicos y yodurados al interior, así como fricciones excitantes alrededor del órgano enfermo. La curación fué completa y vistos los caracteres de la parálisis, me creí autorizado para considerarla de causa periférica y producida por neuritis de naturaleza gripal.

Mi segunda observación se refiere á un empleado de escritorio que en condiciones análogas á las del caso anterior, presentó un estrabismo convergente izquierdo, debido á parálisis incómpleta del 6º par, con los caracteres típicos de ese género de discinecias; la ter-

minación fué igualmente favorable, habiendo empleado el mismo tratamiento que en el primer caso.

Dí de alta en estos días á la Sra. de L. de T., que fué asistida de un ataque de gripa por mi apreciable amigo el Sr. Dr. Don Jesús Valenzuela. En la defervescencia de la infección se presentaron algunos trastornos oculares que alarmaron á la enferma, quien solicitó mis servicios, por indicación de su médico de cabecera. Encontré que sin más antecedentes que la gripa, existía una parálisis incompleta del sexto par derecho, con discinecia del recto externo, y los signos clásicos del estrabismo paralítico convergente.

El accidente fué tan benigno como en los casos anteriores; el tratamiento empleado fué análogo y el órgano enfermo recobró en menos de un mes sus funciones de movilidad.

Hasta hoy no he tenido oportunidad de observar oftalmoplegias ni exteriores ni intrínsecas, que algunos han señalado como manifestaciones oculares de la influenza.

He atendido ya varios casos de queratitis flictenular, desarrollados durante el período de declinación de la gripa; todos los que he visto hasta ahora han sobrevenido en niños; el padecimiento se ha presentado con sus caracteres ordinarios, terminando siempre felizmente y cediendo á veces al uso de los midriáticos, los antisépticos ligeros, la oclusión del órgano enfermo y al interior los remedios reconstituyentes. Aun cuando los enfermos observados han sido manifestamente linfáticos, y por lo tanto expuestos á la queratitis, sin la intervención de la influenza; si se atiende á la repetición de los hechos, debe admitirse que la infección gripal ha contribuido, como un factor importante, ocasionando la aparición de la flegmasia en un terreno predispuesto; este modo de ver ha sido enunciado ya en otros países.

En contraposición con estos hechos, que también pueden reputarse como benignos, no obstante los trastornos y aun los verdaderos sufrimientos que á veces originan, tengo que señalar una manifestación ocular gravísima, que por fortuna no es muy frecuente en la infección que me ocupa. Me refiero á la neuritis óptica, de la que he visto hasta hoy dos casos que han tenido funesta terminación.

Los conocimientos sobre neuritis óptica gripal son relativamen-

te recientes, puesto que las primeras observaciones, debidas á Bergmeister, Landsberg y Remak, fueron publicadas en 1890. Antonelli refirió tres casos en la «Revista Clínica Ocular,» de Nápoles, el año de 1892, ó hizo un excelente resumen sobre la bibliografía de esta afección en el relato presentado á la Sección de Oftalmología, del Congreso Médico Internacional que se reunió en Madrid en 1893. Reuniendo todas las observaciones publicadas hasta entonces en diversos países, se puede decir que se elevaban en ese año á 20 los casos de neuritis ópticas gripales conocidas en el mundo científico.

No se han tenido en cuenta en esa enumeración, las neuritis que sobrevinieron consecutivamente á las inflamaciones meníngeas desarrolladas en el curso de la influenza, pues esos casos pertenecen á la categoría de los determinados por las meningitis, cualquiera que sea la causa de éstas.

Todos los observadores admiten que la flegmasía del 2º par, debida á la gripa, puede presentarse bajo dos formas muy distintas: neuritis papilar y retro-bulbar, siendo incomparablemente más grave la primera de dichas variedades. La patogenia de estas inflamaciones no es perfectamente conocida, pudiendo afirmarse tan sólo que es la infección gripal la causa que las determina. Admitiendo que es el bacillus de Pfeiffer el agente patógeno de la influenza; suponiendo con algunos que aun cuando ese germen esté siempre presente en la gripa, se halla asociado con otros microorganismos, y que de la acción de todos reunidos resultarían las múltiples manifestaciones de la influenza; aun dando por hecho la existencia de éstas ó las otras bacterias; no conocemos á pesar de todo, la manera de obrar de la simbiosis, para producir la papilitis en unos casos y la neuritis retro-bulbar en otros. Ignoramos si los microbios mismos son trasportados hasta el nervio que se inflama, ó si sólo las toxinas llegan hasta él para determinar su flogosis.

Por razones de analogía se acepta que en los casos de papilitis ó de neuro-retinitis, los microbios mismos son trasportados por vía sanguínea ó linfática, llegando el virus hasta las vainas del nervio óptico, donde se produce un derrame con perineuritis, edema, estrangulamiento y flegmasía de la papila. En los casos de neuritis retro-bulbar, se cree que son las toxinas elaboradas por los micro-

organismos patógenos, las únicas que llegan hasta el tejido nervioso, produciendo en él un estado patológico, á la manera de los tóxicos propiamente dichos.

Sea lo que fuese de estas explicaciones, es un hecho que las dos formas de neuritis revisten caracteres clínicos muy diferentes. En la papilitis los síntomas funcionales y los signos oftalmoscópicos son semejantes á los del estrangulamiento papilar, debido á causas de compresión.

La flegmasia retro-bulbar presenta analogías con las neuritis alcohólicas y las saturninas. En las de causa gripal hay ambliopía más ó menos marcada, que no llega á la ceguera absoluta, escotoma papilo-macular y discromacia; el oftalmoscopio revela un ligero estrechamiento de los vasos arteriales y palidez de la papila, que más tarde ofrece un aspecto semejante al de la atrofia tabética ó gris. Esta forma, que no he tenido oportunidad de observar, es curable según se dice en la mayoría de los casos, aun cuando pudiendo dejar algunos vestigios, tales como la disminución de la agudez visual ó de la facultad cromática.

La forma papilar es mucho más grave, pudiendo terminar en la atrofia rápida y completa de los elementos nerviosos. Dos veces he visto en México esta temible variedad de neuritis óptica gripal: se refiere el primer caso á una señorita á quien ví en junta con mi estimado discípulo el Sr. Dr. Montaña. Sufrió la paciente un ataque de influenza que no revistió caracteres apreciables de malignidad; sin pretexto alguno, y en plena convalecencia, se presentó súbitamente la ambliopía bi-ocular, con una marcha tan rápida, que en tres días la enferma dejó de ver completamente. Llamado en consulta, pude comprobar que sin más antecedentes que los mencionados, la enferma se quejaba de cefalalgia de intensidad moderada, sin presentar ninguno de los síntomas bien conocidos de la meningitis. Las pupilas se encontraban muy dilatadas y sin reaccionar bajo la influencia de la luz; ningún otro signo físico exterior llamaba la atención; el examen oftalmoscópico me reveló lo siguiente, con cortas diferencias en ambos ojos: papilas rojizas, hinchadas, de contornos difusos, edematosos, é interrumpidos á trechos por exudaciones blanquizas que se prolongaban sobre la retina; ar-

terias delgadas, venas engurgitadas y tortuosas; pequeñas hemorragias á lo largo de los vasos; medios diáfanos intactos. El examen funcional mostró que la ceguera era absoluta, no pudiendo distinguir la enferma la luz del día ni la artificial.

Una segunda observación, practicada algunos días después, me hizo ver que la enfermedad seguía una marcha muy desfavorable; el enrojecimiento de las papilas, debido como se sabe á hiperhemia capilar, comenzaba á cambiarse en un color moreno sucio de funesto augurio, que indicaba la aproximación de la atrofia; las arterias muy delgadas y las venas aun tortuosas, pero menos que en el primer examen; los contornos de los discos ópticos difusos é irregulares y ya poco salientes; persistían las manchas hemorrágicas y eran aún visibles los exudados; no había ni aun vestigios de percepción luminosa y faltaba toda clase de síntomas generales. El pronóstico gravísimo formulado desde que se practicó el primer reconocimiento, tuvo que ser fatal después del segundo; con la pena consiguiente, se comunicó á la familia tan triste noticia, anunciándole que no debía abrigarse esperanza alguna, pues sería un hecho maravilloso que se restableciera la función visual. Por desgracia se realizó tan funesta predicción; yo no volví á ver á la pobre enferma, pero supe que la afección siguió el curso ordinario, llegando las papilas á atrofiarse enteramente, dando lugar á una ceguera completa é incurable. El tratamiento empleado que tuvo por base los mercuriales, los yodurados y los estrínicos, resultó del todo impotente para detener en sus avances al terrible mal.

Transcurrieron más de dos años sin que se presentase á mi observación un caso análogo al mencionado, que me dejó tristes recuerdos.

Hace unos meses fuí solicitado para ver en junta con mis estimados compañeros los Sres. Dres. Mesa Gutiérrez y Vélez, á la Srta. M. G.; el primero de los facultativos mencionados, que era el médico de cabecera, hizo un relato minucioso de la enfermedad, que puedo compendiar en breves palabras; como un mes antes de nuestra junta, la Srta. G. sufrió un ataque de influenza que no revistió, en apariencia cuando menos, caracteres de malignidad. Antes de que terminara la convalecencia, y sin el parecer de su médico, la

enferma tomó un baño tibio al parecer sin precauciones; al día siguiente se presentaron dolores neurálgicos terribles en la esfera de distribución de ambos trigéminos, dominando en la rama oftálmica de Willis; los dolores casi continuos se presentaban á veces con intensidad excepcional, empleándose para combatirlos los agentes más eficaces de que la terapéutica dispone, y llegando á ser indispensables, en algunas crisis de mayor violencia, inyecciones hipodérmicas de sales de morfina, que apenas si atenuaban un tanto los sufrimientos. Con estos dolores francamente neurálgicos, coincidieron hiperestésias en los miembros, sobre todo en uno de los superiores, acompañados de parestesias y perturbaciones de movilidad, que hicieron creer en la existencia de neuritis periféricas. Las neuralgias habían sido tan tenaces, que no obstante el tiempo transcurrido desde su aparición, aún se presentaban con frecuencia en la época á que me refero. El Sr. Dr. Mesa Gutiérrez, que había hecho un estudio pormenorizado y concienzudo del mal, siguiendo á diario sus observaciones, aseguró que no se había presentado ningún síntoma de inflamación meníngea, siendo apirético el proceso.

Lo que especialmente motivaba esta nueva junta, pues ya se había tenido otra con mi estimado amigo el Sr. Dr. Chávez, era lo referente á las perturbaciones visuales que sufría la paciente. Dos ó tres días después que aparecieron las neuralgias, la enferma se quejó de ambliopía marcada en ambos ojos, la que siguió una marcha progresiva y de tal manera rápida, que en 48 horas aproximadamente se había convertido en ceguera propiamente dicha. Mis distinguidos colegas los Sres. Dres. Chávez y Vélez pudieron comprobar en los primeros días del mal, según se me informó, la existencia de una papilitis doble en pleno desarrollo. En la reunión que tuve con el último, pudimos notar que con midriasis notable, y sin ningún otro signo exterior, faltaba por completo la percepción luminosa, no siendo distinguida ni la luz de una lámpara incandescente de Edison, colocada á cierta distancia. La enferma, notable por su edificante resignación, creía percibir en algunos momentos el manantial luminoso; pero un examen detenido nos convenció de que no había tal percepción. El reconocimiento oftalmoscópico reveló la existencia de neuritis papilar doble en pleno período atrófico; las papilas

de color blanco sucio, presentaban contornos irregulares y difusos; ya casi no estaban salientes y aun era posible ver algunos exudados y puntos hemorrágicos, encontrándose muy adelgazadas las arterias. El tratamiento muy enérgico que se había seguido (mercuriales en inyecciones, yodurados, estrícnicos), no tuvo resultado favorable, y como en el primer caso referido, se formuló un pronóstico fatal. Los acontecimientos ulteriores confirmaron desgraciadamente esa opinión; la pobre paciente, en plena juventud, en buena posición social y de manera inesperada, perdió para siempre uno de los mayores beneficios de que se puede disfrutar: la facultad de ver.

De estos ligeros apuntes se deduce que además de las serias complicaciones del pulmón y de otros órganos que pueden aparecer en el curso de la influenza y ponen en serio peligro la vida acabando con ella no pocas veces, la infección gripal puede llegar á ser temible por sus manifestaciones oculares. Si bien es cierto que la mayor parte de las mencionadas terminan por lo común de un modo favorable, hay otras que deben reputarse como muy graves, tales son el flemon retro-ocular y la panoftalmia, que no he llegado á ver, aunque se han señalado en otros países. La neuritis óptica gripal, cuando reviste la forma de papilitis, termina con frecuencia por ceguera irremediable, como en los dos casos que acabo de referir y que han dejado en mi memoria la más dolorosa impresión.

México, julio 16 de 1906.

JOSÉ RAMOS.