

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

## OFTALMOLOGIA.

### La irido-coroiditis crónica.

De las enfermedades de los ojos que tenemos que atender, me han preocupado las diversas inflamaciones del tractus uveal, las uveítis, porque son muy frecuentes y, muchas veces, rebeldes al tratamiento.

Puedo decir que me voy á ocupar de las irido-coroiditis crónicas, mas debo hacer algunas aclaraciones previas. En efecto, no debemos olvidar que las divisiones que hacen los libros de patología, para describir las enfermedades de órganos ó aparatos, son enteramente artificiales y que, en realidad, los padecimientos no se encuentran en los enfermos tan bien definidos ni circunscritos. Una retino-coroiditis; por ejemplo, no es una enfermedad de la retina ni de la coroides solas, si depende de la sífilis. Será en este caso, padecimiento del organismo entero, con manifestaciones en la retina-coroides. El tractus uveal, formado, como se sabe, por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides, en los que se encuentra acumulado el pigmento del ojo, tiene un sistema vascular propio, el de los vasos ciliares. Aun cuando en los autores se describan por separado, para mayor facilidad de comprensión, las iritis, las ciclitis y las coroiditis, en el ojo no se limita el proceso inflamatorio exclusivamente al iris, al cuerpo ciliar ó á la coroides; la continuidad de estos componentes del ojo y su nutrición por un sistema vascular sanguíneo, nos da la explicación del hecho y esta es la razón de por qué idénticas enfermedades se describen en los libros con desiguales denominaciones. Como este asunto no carece de interés, voy, á guisa de pre-

ámbulo á mi trabajo, á insistir algo en él. Ábrase el 2º tomo del Tratado de Enfermedades de los Ojos, de Panas, en la página 363, y se encontrará descrita la ciclitis con este nombre y con el de irido-coroiditis. En las ediciones francesas del Manual de Oftalmología, de Fuchs, vemos (en la página 352 de la última edición), que, para el citado autor, la ciclitis pura no es otra cosa que la iritis serosa de los autores. A mayor abundamiento, en la página 330 de la penúltima edición francesa de Fuchs (1897), se lee textualmente que la iritis idiopática crónica se presenta, generalmente, bajo forma de irido-coroiditis crónica, llamada también, iritis serosa.

Esta poca precisión en designar las inflamaciones de los diferentes componentes del tractus uveal tiene su explicación en lo que arriba manifesté: en que el padecimiento no se limita tanto como lo hemos supuesto para nuestras descripciones. Por este motivo, es conveniente considerar estas afecciones como uveitis ó, si las llamamos irido-coroiditis, como es usual, tener en cuenta que el proceso no se localiza exclusivamente en el iris y en la coroides.

En la consulta del extinguido Hospital de San Andrés y en los Pabellones de Enfermos de los Ojos, del Hospital General, hemos tenido un gran número de casos de uveitis que aunque variados en sus manifestaciones y consecuencias, dependían de un mismo proceso morbosos. En el hospital las lesiones observadas son muy avanzadas é irreparables, generalmente. ¿Qué fueron en su origen los padecimientos que se nos presentan tan avanzados? Difícil é imposible es, á veces, precisarlo. Quizá una sencilla iritis sifilítica ó reumatisma, accesible al tratamiento y que sólo tomó el incremento con que se nos presenta, debido al abandono del enfermo y á que no se sometió á un tratamiento adecuado. Otras veces acontecerá que ni el enfermo ni su médico tuvieron culpa alguna en el avance de la enfermedad; hay irido-coroiditis cuya etiología, aun cuidadosamente investigada, escapa al oculista. En el caso, disimulamos nuestra ignorancia llamándolas idiopáticas. A la verdad, culpa no es del práctico, sino de la obscuridad en que están envueltas muchas de las cuestiones médicas. Ahora bien, estas uveitis que no se pueden relacionar á su causa etiológica, son las más serias, porque la tera-

péutica es ciega, no puede dirigirse contra la causa de la enfermedad y el tratamiento empírico es de pocos resultados.

Como ya lo dije, las variedades clínicas que nos ofrecen las irido-coroiditis son diversas; describirlas todas, sería escribir un largo capítulo de Oftalmología, trabajo enteramente ocioso, por ser perfectamente conocidas de mi ilustrado auditorio; pero, para el propósito que me he formado de llamar la atención sobre tan peligrosas enfermedades, debo, al menos, recordar los caracteres más salientes con que se presentan, para poder fijar hasta qué punto son modificables por el tratamiento, las consecuencias de la enfermedad.

Cuando dependen de un estado general, las irido-coroiditis crónicas afectan, más ó menos tarde, los dos ojos. El iris, degenerado, pierde su brillo y su color. Las sinequias posteriores son de lo más frecuentes; si son parciales, deforman la pupila. Pero no es raro el encontrar adherencias de todo el borde pupilar (sinequia anular y aun la sinequia posterior total); su denominación indica lo que son. Las consecuencias de las sinequias anular y posterior total, son de lo más malas: interrumpen la comunicación entre la cámara anterior y la posterior del ojo, produciendo la seclusión pupilar y, como consecuencia, el aumento de tensión: el glaucoma, la irido-coroiditis glaucomatosa. Estos glaucomas secundarios, son entre todos los glaucomas, los que dan más contingente á los pabellones de enfermos de los ojos del Hospital General.

Los exudados inflamatorios no solamente son causa de sinequias; producen la oclusión pupilar, cubriendo la pupila con la llamada membrana pupilar. En muchos enfermos se encuentran los exudados depositados en la cara anterior del cristalino. A veces lo envuelven completamente, cubriendo sus dos caras, constituyendo la cuena ciclítica. Es por lo general posible diferenciar el exudado depositado sobre el cristalino, que forma cierto relieve, de un cristalino cataratoso, cuya superficie no es accidentada; pero lo que sí es difícil y casi imposible, es determinar si, detrás del exudado, el cristalino está ó no transparente. Lo más común á la verdad, es que el cristalino se haga cataratoso á consecuencia del mismo proceso inflamatorio (catarata inflamatoria, coroidea). En casos de este género, que se me han presentado varios, procedo como voy á indicar:

Empiezo por cerciorarme de si la retina es sensible á la luz en una extensión suficiente. En caso afirmativo, practico una iridectomía, la que, entre otros objetos de los que en su oportunidad me ocuparé, tiene el de ser óptica, es decir, que tendrá por mira el permitir la entrada de la luz al ojo; pero, como muy bien puede acontecer, y ya dije que es lo más frecuente, que detrás de la porción de iris desprendida, el cristalino esté opaco ó cubierto de exudado, aunque la iridectomía persiga un objeto óptico, no la hago en el lugar de elección, abajo y adentro, sino arriba, como la que se practica previamente para la extracción de la catarata. De este modo, si es necesario extraer el cristalino, la pupila artificial está colocada donde más conviene. Recordaré que cuando la cápsula del cristalino se ha destruído, ya desgarrada por traumatismo ó á causa del exudado, la substancia cristaliniana desaparece y el exudado ocupa el lugar de aquella. En estos casos el exudado se transforma en tejido conjuntivo que, impregnándose de sales de cal, toma el aspecto de hueso, de tejido huesoso; pero claro está que no adquiere la estructura histológica del tejido óseo.

Las lesiones uveales tienen resonancia en el cuerpo vítreo, el que se nutre á expensas de la uvea. De aquí que las opacificaciones y exudados en el vítreo sean frecuentes. Estos exudados, al retraerse, producen la atrofia del globo y desprenden la retina. El globo atrofiado, que no se debe confundir con el ojo tísico que proviene de la supuración intraocular, tiene la forma de un fardo de mercancías, liado, por efecto de los cuatro músculos rectos. Este muñón, aunque no esté ya doloroso, es peligroso, en razón de que puede provocar la oftalmía simpática. En el muñón debido á la tisis ocular, á la supuración, el peligro de oftalmía simpática no es tan grande. Por esto conviene saber diferenciar el ojo atrofiado del ojo tísico.

Unos ojos tienen sinequias parciales; otros, la oclusión ó la seclusión pupilares ó ambas á la vez. En algunos, el cristalino está intacto; en otros, está opaco ó cubierto por exudados, etc. En ocasiones, no raras, diversas lesiones existen. Los ejemplares clínicos varían bastante; pero la enfermedad es la misma.

La causa más común de las irido-coroiditis es la sífilis. Otras veces podemos atribuirla al reumatismo. No es mi ánimo el referir-

me aquí á la irido-coroiditis simpática. Algunas veces la irido-coroiditis crónica es un accidente de la menopausia, y por último, en algunos enfermos no se encuentra, por más que se investigue, la causa de la afección ocular. La infección que sigue á un traumatismo, claro está que puede originar una iritis ó irido-coroiditis.

Al lado de las irido-coroiditis, tal como de ellas hemos hablado, se observan las diferentes variedades de coroiditis; enfermedades muy afines á las primeras; en ocasiones con síntomas comunes, como la opacificación del vítreo y dependientes, no pocas veces, de la sífilis. No voy á entrar en detalles acerca de estas coroiditis; las menciono para recordar lo comunes que son, desgraciadamente, y á veces incurables, las afecciones inflamatorias de las diferentes partes de la pvea. Este es el motivo que he tenido para preferir este punto como asunto de mi trabajo reglamentario. Como lo vamos á ver, el éxito del tratamiento no es siempre satisfactorio.

Si la sífilis es la causa, podremos tener alguna mejoría con el tratamiento específico. Cada médico tiene predilección por alguno de los preparados mercuriales ó por alguna sal. Uso generalmente las inyecciones de cianuro de mercurio de Roussel ó lo que es muy eficaz, aunque algo molesto y sucio, las fricciones mercuriales de 2 ó 3 gramos; mas, si es necesario, de unguento doble. El mercurio, por la vía estomacal, es en estas afecciones poco eficaz. Esta medicación puede añadirse ó substituirse con el yoduro de potasio, á dosis de 2 ó 3 gramos al día. Este mismo tratamiento conviene aun en los casos que no tienen por causa la sífilis. Si la enfermedad depende del reumatismo, la medicación por excelencia, es la salicilada. Pero hay casos en que no depende la irido-coroiditis ni de la sífilis ni del reumatismo; entonces, el tratamiento es más incierto y sus resultados menores. Es en vano que se recurra á los colirios de atropina ú otros midriáticos ó á las inyecciones subconjuntivales de sales de mercurio ó de cloruro de sodio, que son los medicamentos que se usan localmente; el mal, como he tenido varias oportunidades de observarlo, continúa lentamente en sus avances, hasta dejar al enfermo ciego, porque, tarde ó temprano, afecta los dos ojos.

Acabamos de ver que, varias veces, el tratamiento médico es in-

suficiente ó ineficaz; aun nos queda que hablar de los recursos quirúrgicos. La operación más generalmente indicada es la iridectomía; pero es necesario precisar lo que de ella se puede esperar. Abadie, en un trabajo publicado en los «Annales d'Oculistique,» en junio de 1906, se declara partidario decidido de esta operación, de la que promete muy buenos resultados. Han pasado bajo mi observación un número ya bastante grande de casos de irido-coroiditis y debo confesar que no comparto las halagüeñas esperanzas del reputado oculista parisiense. La iridectomía será seguramente útil en los casos recientes; pero en los casos tan avanzados como nos llegan á los hospitales, no sucede así siempre. Está indicada, cuando por una sinequia posterior, anular ó total, se produce la seclusión pupilar, y como consecuencia, accidentes glaucomatosos; entonces habrá que ejecutar la operación, para restablecer la comunicación entre las dos cámaras y disminuir la tensión ocular. La iridectomía hará cesar los dolores ó los disminuirá, pero la visión poco ó nada gana.

Si existen sinequias parciales, pocas veces se necesita de la iridectomía. Hubo vez en que se pensara que la existencia de sinequias era la causa de reincidencia de ciertas iritis y aun se practicaba una operación que hoy ha sido casi abandonada, la corélisis ó sinequitomía. El verdadero motivo de reincidencia, de ciertas iritis, es que persiste la causa que las origina.

No se puede, por lo tanto, negar la eficacia de la iridectomía en los casos citados, haciendo, sin embargo, notar á lo que se limita su efecto.

Practicada la pupila artificial con objeto óptico, de permitir la entrada á los rayos luminosos al ojo, su resultado es diferente. En primer lugar, la operación no es fácil de ejecutarse, porque se opera sobre un iris degenerado y adherente. Lo que se logra únicamente es un arrancamiento del iris ó iridorhexis, operación enteramente irregular y ciega. Además, el resultado de la iridectomía, aun correctamente ejecutada, no es definitivo: el iris, crónicamente inflamado y con tendencia á formación de exudados, es causa de que la pupila nuevamente abierta, se cierre á poco andar, como lo he visto varias ocasiones. No sabemos si detrás de la porción de iris que quitamos, habrá ó no exudados, si esto último acontece, la visión nada

ganará. Por supuesto, que lo mismo sucedería, si encontrásemos al cristalino opaco. En este último evento, la iridectomía podría servir como operación preliminar para extraer la catarata, y ya he dicho que es esa la razón de por qué, cuando temo que se realicen las condiciones que acabo de mencionar, coloco la pupila artificial, aun cuando sea con objeto óptico, no en el lugar de elección de esa clase de pupilas, sino hacia arriba, como se hace en la extracción de la catarata.

Las cataratas coroides, por otra parte, no siempre está indicado el operarlas. Multitud de veces, la difícil operación de extraerlas es inútil. La operación se dificulta por las adherencias (catarata adherente ó accreta). No basta siempre la iridectomía hecha arriba; hay que añadir una segunda abajo, y aun así, no se logra en todas ocasiones la salida del cristalino, porque la cuena cíclica que se ha depositado en la cristaloides, es dura, coriácea y aun se calcifica, de tal modo, que el quistitomo difícilmente logra desgarrar la cristaloides, para dar salida á la lente. En medio de tanta tentativa para lograr la extracción del cristalino, el humor vítreo, reblandecido, fácilmente se escapa, complicando más la operación.

Supongamos que todas estas dificultades ó no se presentaron ó logramos vencerlas; la operación fué de lo más correcta y conseguimos extraer el cristalino. ¿Qué beneficios le reportará esto al enfermo? A veces, algo; á veces nada: si el vítreo está opaco, si la coroides, y con mayor razón la retina, está enferma, la visión muy poco ó nada ganará y aun en el caso que mejore, será por poco tiempo, porque la enfermedad continúa progresando. Por esta razón es indispensable cerciorarse, antes de la intervención quirúrgica, de la sensibilidad del ojo á la luz y de la extensión del campo visual. Lo que acabo de exponer, corrobora lo que todos tenemos bien sabido; pero que conviene no olvidar: Si indispensable es, para el éxito de una operación, el que sea bien ejecutada, no lo es menos el que sólo se intente cuando para ello hay indicaciones.

El objeto que he tenido al escribir estas líneas, ha sido el llamar la atención sobre un padecimiento que deja ciegos á tantos. Seguramente, si muchos de esos enfermos hubiesen recurrido al oculista cuando su mal se iniciaba, cuando se trataba de una ligera

iritis ó ciclitis, hubiera sido remediable; pero es el abandono, la incuria de la gente del pueblo, la causa de que no sean asistidos por médicos, cuando sus enfermedades son aún curables. Por lo menos, atendidas desde el principio, si no podrían curar, el curso de esas enfermedades sería más lento y menos dañino, puesto que en varias ocasiones, dependen de alguna diatesis ó de un estado general modificable.

México, enero 16 de 1907.

A. CHACÓN.

---

## FISICA MEDICA

---

### Las radiaciones nuevas.—Rayos catódicos y rayos de Roentgen.

Por el DR. J. MOUNT BLAYER,

F. R. A. M. S. L. L. D. de Nueva York. Miembro correspondiente  
de la Academia N. de Medicina de México.

Traducido del original, por el Dr. JESUS CHICO.

---

Conforme á una opinión muy general, uno de los rasgos que caracterizan á nuestra época, es el enorme desarrollo de las aplicaciones científicas.—Verdad trivial.—Estas aplicaciones nos rodean mezclándose íntimamente con todos los detalles de la vida diaria y tomando parte en nuestras casas, vestidos, alumbrado y trasportes de toda especie; ayudándonos á entrar en comunicación, de cerca y de lejos; con nuestros amigos y relaciones; nos retratan, nos divierten y es imposible pasarlos por alto, hallándolos, como es el caso, en todas y por todas partes. Pero el lado práctico de la ciencia moderna no debe ofuscarnos acerca de su valor educativo y filosófico. Refiriéndonos, por ejemplo, solamente á la Física contemporánea, diremos que el progreso de las ideas no es menos notable que el de los descubrimientos: la teoría y la práctica han corrido parejas y la habilidad experimental ha llegado á la altura del atrevimiento de la manera de pensar. En conexión con esto debemos decir que la evolución de las teorías es comparada favorablemente con el desarrollo maravilloso de los hechos y la filosofía de la ciencia con la ciencia misma,