

## OFTALMOLOGIA.

### Un caso de difícil diagnóstico.

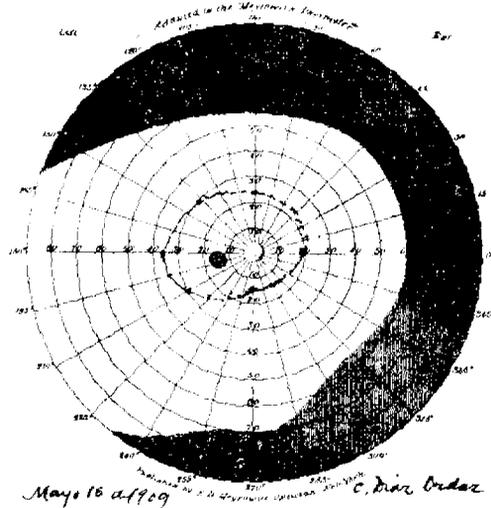
Señores:

Me ha parecido interesante el enfermo que voy á tener la honra de presentar, porque confirma lo que se ve constantemente en la clínica: que al lado de enfermedades típicas ó cuando menos con síntomas muy especiales, se ven otras que presentan caracteres que las asemejan tanto á otras en cuyas fronteras está el diagnóstico que muchas veces la práctica de muchos años es insuficiente para definir las y que los más insignificantes detalles no deben despreciarse en la exploración para llegar á desenmascararlas é instituir el tratamiento.

El Sr. Díaz Ordaz, de 32 años de edad, siempre ha sido sano, salvo algunos dolores reumáticos que de vez en cuando le molestan en alguna articulación. Sus padres tampoco recuerda que hayan sufrido enfermedad alguna, habiendo muerto de pulmonía el señor y la señora que aún vive, presenta el mejor aspecto de salud y vigor. Es casado, su esposa está sana y han tenido tres niños que viven robustos y bien, sin haber presentado jamás lesiones de la piel ni de otros órganos. Vive en la vecina Guatemala, en la ciudad de Quezaltenango, donde trabaja como tenedor de libros desde hace quince años. Desde su infancia recuerda que era estrábico convergente, cuyo defecto trató de corregírsele con una tenotomía mucho tiempo después; pero hubo hipercorrección y se convirtió en exotropía que se le ve bien marcada; el ojo derecho es amblópico y sólo se ha servido del izquierdo, hasta que se presentó esta última enfermedad.

Refiere que en el mes de Enero de este año, en que el invierno fué intensamente frío en el lugar de su residencia, comenzó á sentir dolores en el globo del ojo izquierdo y periorbitarios, que venían por accesos que el ojo se ponía rojo que veía irisaciones y que sensiblemente disminuía su agudeza visual, lo que se patentizaba más por la falta de visión en el otro ojo.

En el mes de Marzo los médicos que lo atendían practicaron una operación. Dice el enfermo que después de ella los dolores aumentaron; pero que poco á poco fueron disminuyendo hasta desaparecer en unas dos ó tres semanas; sin embargo, la vista no volvía, sino que al contrario había llegado á no ver más que los bultos á corta distancia. A principios del mes de Mayo decidió venir á México á curarse, y con una carta del médico que lo atendió y en la que este compañero manifiesta con toda claridad su opinión de haberse tratado de un ataque glaucoma agudo, para el que practicó una iridectomía el 24 de Marzo del presente año, y sus ningunas esperanzas de que la vista vuelva. Se presentó en mi consultorio el 16 de Mayo.



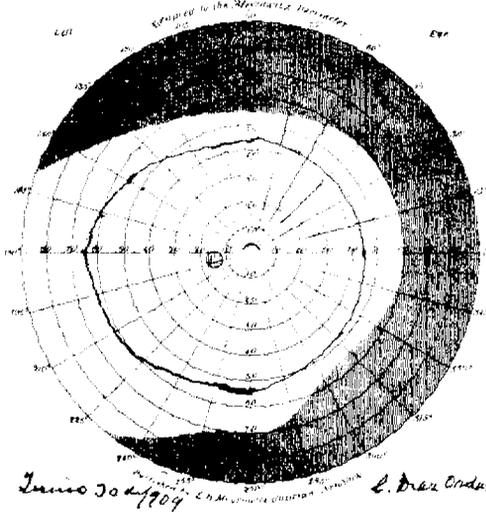
El estrabismo divergente era muy notable ángulo de  $30^\circ$  en la línea de mirada del ojo derecho. El ojo izquierdo con inyección periquerática marcada, ligeramente lagrimoso, con la córnea algo despulida en el centro, adolorido á la presión, sin marcarse los puntos de von Grafe, algo más duro que el otro; presenta una amplia iridectomía superior con cicatriz de filtración, una pequeña sinequia posterior en el ángulo interno del corte del iris, que está opaco, la cámara anterior reducida un poco y cuerpo vítreo bastante turbio para no dejar ver el fondo al oftalmoscopio.

El examen funcional me demostró que percibía la luz en todas direcciones y los bultos á 25 centímetros de distancia á la

que dificultosamente contaba los dedos. El campo visual concéntricamente estrechado se extendía á 35° en su parte externa, 20° en la interna, 25° hacia arriba y 15° hacia abajo. Acromatopsia absoluta.

El ojo derecho fijaba con dificultad; pero cubriendo el izquierdo y obligándolo á fijar veía los caracteres correspondientes á 35 gonioptrias de mi escala, equivalentes á  $\frac{1}{3}$  de agudeza visual y corregido un ligero astigmatismo miópico simple de 0.50 á 0° subía á 15 gonioptrias á  $\frac{1}{2}$  la agudeza visual.

Es claro que este paciente tuvo al principio y aún quedaban huellas de accidentes glaucomatosos; pero se debían éstos á un



glaucoma idiopático, ó eran manifestaciones sintomáticas de otro padecimiento que escapaba al análisis clínico.

Desde luego el glaucoma primitivo es extremadamente raro en la edad media de la vida; el de la infancia y de la vejez son los que con más frecuencia tratamos.

La ocupación del señor Díaz como tenedor de libros lo expone á enfriamientos que en persona que padecía dolores reumáticos podían tener importancia.

La pequeña sinequia posterior, no es de creerse que sea postoperatoria, dada la competencia del cirujano que practicó la iridectomía que está muy bien ejecutada como puede verse.

La última consideración que me hice fué la siguiente: si se

trata de un verdadero glaucoma, aunque la papila no puede verse, la marcha no se ha detenido por la operación, el ojo está perdido irremisiblemente y siguen las etapas distróficas que la conducirán á la atrofia glaucomatosa de la papila, por lo que será inútil cualquier cosa que se haga por él.

Por el contrario, si aceptamos la hipótesis de una iridocoroiditis cerosa fundándonos en las consideraciones anteriores, nos quedan esperanzas de mejorar la situación hasta donde sea posible.

De acuerdo con este modo de ver instituí un tratamiento antiflogístico basado en mercuriales, iodurados y tópicamente gotas con solución de 1% dionina, armando al ojo derecho del vidrio corrector á fin de que hiciera sus ejercicios desde luego.

A la primera semana empezó á notarse la mejoría: aumentó la distancia á que contaba los dedos y se amplió el campo visual; adelantó más el alivio y pudo verse la papila que no presentaba excavación ni modificación alguna de la que imprime en ella el glaucoma. Pudo ver los primeros caracteres de la escala, y por último provisto de un vidrio esférico 0,50 D llega actualmente su agudeza visual á 30 gonioptrias ó sea  $\frac{1}{2}$  poco más ó menos.

El campo visual alcanza 65° hacia afuera, 45° hacia adentro, 55° hacia abajo y 43 hacia arriba.

Como debe esperarse, la visión biocular se dificulta porque no se ha hecho jamás; el enfermo fija con uno ú otro ojo para evitar la diplopia que seguramente se corregirá con ejercicios estereoscópicos continuados.

Me queda solamente hacer justicia al médico que atendió á nuestro enfermo al principio; pues á su oportuna intervención debe la vista que ha podido recobrar; seguramente sin ella, el ojo se hubiera perdido por el aumento de tensión y los progresos de la inflamación del tractus uveal.

México, Junio 30 de 1909.

DR. EMILIO F. MONTAÑO.