
GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

ACADEMIA N. DE MEDICINA.

Sesión del 6 de Mayo de 1908.

PRESIDENCIA DEL SR. DR. MANUEL S. SORIANO.

(Concluye).

El segundo caso es el siguiente. Abundio Robles, de 20 años de edad; á los siete años se enfermó de granos dentro de la nariz y sangre que salía de las fosas nasales. A los 13 años "se le comió" la ternilla de la nariz y se ulceró por dentro, arrojando sanguaza, pus, pedazos de carne, etc. Hace dos y medio años empezó á enfermarse del ojo izquierdo, poniéndose éste colorado, sintiendo él comezón y advirtiéndole que lloraba pus. Un año después de enfermo se hizo una perforación en el ángulo interno, de la cual salía pus y pequeños huesos (?). El enfermo afirma no haber tenido dolores en el ojo, solamente los señala en la sien; la vista se conserva bien. Ha padecido viruelas; también hace dos años nueve meses tuvo un chancro y luego ha sufrido reumas que le duraron 9 días; acerca de ellas un señor amigo suyo le dijo eran sifilíticas; pero nunca tuvo erupciones en el cuerpo ni accidentes, para él apreciables, en la garganta.

El párpado inferior está estropeado ligeramente, ulcerado en el ángulo interno en donde se ha formado una especie de cloaca, estando destruido el sacro lacrimal y comunicándose francamente con la nariz. El párpado superior, engrosado y rojo en su borde libre, es sitio de una ulceración en la unión del tercio interno con los dos tercios externos. Todo el ojo está bañado de

pus. La conjuntiva bulbar está quemótica y se notan en ella algunas granulaciones blanquizas.

Invirtiendo el párpado inferior, se ve la mucosa muy enrojecida, con numerosas papilas hipertrofiadas que dejan entre sí surcos muy pronunciados, y sobre las papilas, en la mucosa, se notan granulaciones pequeñas, blanco-grises.

Invirtiendo el párpado superior se ve, además de la ulceración del borde libre, otras más pequeñas en la parte externa, de fondo gris y bordes desgarrados, y toda la mucosa cubierta de granulaciones gruesas rojo-pálidas que recuerdan las del tracoma, pero son más gruesas.

En el ángulo interno se puede observar la cloaca llena de pus.

La córnea está un poco infiltrada en la parte inferior, y un poco arriba se ve un punto blanquizo. En la parte superior los vasos marcados en la figura se extienden sobre la córnea simulando un pannus.

Hay dolor sólo al invertir el párpado superior.

Esta forma vegetante y ulcerosa con lesiones destructoras de los párpados es, según los autores, más propia de la tuberculosis primitiva de la conjuntiva, mientras que el caso de que me ocupo, las lesiones oculares son consecutivas á la tuberculosis nasal de forma lúpica.

No se trata aquí de lupus de la conjuntiva, que consiste solamente en una infiltración y engrosamiento de la mucosa, sino de lesiones claramente tuberculosas.

El examen microscópico de los dos casos señaló lesiones tuberculosas típicas: celdillas gigantes en raqueta, infiltración leucocitaria y no existían lesiones de degeneración como en la sífilis.

El Sr. Dr. Soriano que preside la sesión, se sirvió nombrar á los Sres. Dres. Chacón y Chávez Aparicio para examinar los enfermos.

Dr. Chávez Aparicio.—La descripción hecha por el Sr. Dr. Uribe y Troncoso de los enfermos que ha tenido á bien presentarnos, es enteramente exacta y nada debo de agregar á ella; el emprenderla por mi parte sería simplemente repetir lo expuesto por él.

No sucede lo mismo con las apreciaciones que hace á propó-

sito de estos enfermos, como voy á demostrarlo. Declara el Sr. Dr. Uribe que las tuberculosis oculares deben existir con cierta frecuencia en México, por lo menos en los últimos tiempos; pero que hasta hoy no han sido descritas. A este propósito diré que es lamentable no sea conocida nuestra literatura nacional, porque hace años el Sr. Dr. D. Agustín Chacón describió, de un modo completo, un caso de tuberculosis ocular observado por él en el extinto hospital de Maternidad, caso publicado en la "Revista Médica," y probablemente también en los "Anales de oftalmología." El Sr. Dr. Chacón ensayaba la reacción de la tuberculina de Koch y se presentó en el caso á que aludo.

Respecto al probable aumento en la frecuencia del padecimiento, tampoco creo se justifique, porque de años atrás vengo observando en mi práctica hechos de esa naturaleza, únicamente que no me he ocupado de ellos por no ofrecer absolutamente nada de especial á nuestro país, pues ellos reproducen en un todo lo que está perfectamente descrito por los autores extranjeros, y por mi parte rehusé ocuparme de semejantes hechos que ni siquiera necesitan la confirmación.

También deseo hacer algunas observaciones á propósito del diagnóstico de los enfermos que he visto, no porque yo no acepte el formado por el Sr. Dr. Uribe y Troncoso, el cual juzgo será muy probablemente el justo; sino porque no está demostrado con los elementos por él aducidos, como voy á comprobarlo. Nos dice el Sr. Dr. Uribe y Troncoso que su diagnóstico queda probado entre otras cosas por los exámenes microscópicos ya practicados, los cuales pusieron de manifiesto la existencia de celdillas gigantes propias del tubérculo, y á este propósito diré que el hallazgo de estas celdillas gigantes nada significa para afirmar hoy día la naturaleza tuberculosa del tejido que las presenta, porque se encuentran en varias circunstancias que no son la tuberculosis, y para concederles más valor es preciso que coexistan con las epitelioides y además se necesita que se encuentren en degeneración grasosa. Aún así cabe la duda, porque existen otras condiciones que no son la tuberculosis, en las cuales se puede ofrecer el conjunto descrito. Quedan, no obstante, medios de primer orden para hacer la diferenciación, los cuales son los únicos que dan seguridad al diagnóstico y en el caso no fueron empleados; quiero referirme á la investigación

del bacilo de Koch, la cual aunque es muy difícil, cuando se logra, da completa seguridad al diagnóstico. Existe aún otro medio tan seguro como éste, y menos difícil de poner en práctica, es la inoculación del tejido enfermo en la cámara anterior del ojo de los conejos, y si dicho tejido no es tuberculoso se reabsorbe.

Hace próximamente mes y medio tuve un caso de conjuntivitis con granulaciones papilomatosas y con infartos ganglionares; remití fragmentos del tejido enfermo al Sr. Dr. Toussaint para que se sirviera practicar las inoculaciones en el ojo de conejos y para que hiciera igualmente la bacterioscopía del producto. Este señor me comunicó en conversación que el resultado de las inoculaciones fué negativo, por lo cual en espera de más amplios informes escritos del Sr. Dr. Toussaint, he creído que la lesión es específica en parte y el resto se debe á la dacriocistitis supurada que presenta el enfermo.

El camino indicado es el que debe seguir el Sr. Dr. Uribe y Troncoso para poner sus casos al abrigo de crítica, y espero proseguirá en él sus importantes estudios.

Dr. Chacón.—Lo expresado por el Sr. Dr. Chávez Aparicio, es del todo exacto y bien poco debo yo agregar. Declaro que son interesantes los hechos relatados por el Sr. Dr. Uribe y Troncoso, y al no repetir yo la descripción, lo hago pensando que desmerecería, siendo además inútil, redundante y perjudicial. Sólo diré que en el enfermo de 20 años de edad, la lesión invade la córnea, el iris y quizá otros tejidos. Realmente, como lo dice el Sr. Dr. Chávez Aparicio, hace años ví, describí y publiqué en la "Revista Médica" un caso de tuberculosis ocular que se me ofreció en la consulta de la Maternidad; trataba en ese caso de establecer la diferencia de una lepra con la tuberculosis, y el paciente reaccionó á la tuberculina de Koch. Igualmente estoy de acuerdo en que para precisar este diagnóstico, más que al examen histológico debe ocurrirse al bacteriológico. Ya se han señalado las causas de error del primero, á las cuales se debe añadir la inmensa semejanza de lepra y tuberculosis, especialmente cuando la primera reviste la forma tuberculosa. Ocurre á primera vista usar la oftalmorreacción como útil medio para hacer el diagnóstico diferencial; pero como en el caso se agre-

garían los accidentes de ella á los de la conjuntivitis, no debe pensarse en ella; pero sí en la cutirreacción.

Dr. Uribe y Troncoso.—Doy las gracias á los señores que se sirvieron examinar á mis enfermos y darnos su opinión. Diré que el diagnóstico en mis casos no es dudoso por el carácter destructivo de las lesiones; además se refuerza con el examen histológico, toda vez que la sífilis, enfermedad en la cual se encuentran las celdillas gigantes, no ofrece carácter ulceroso en sus lesiones macroscópicas. En la conjuntivitis simple, con la cual no ocurre confundirla, la conjuntiva está engrosada, y la conjuntivitis tracomatosa posee también caracteres tan peculiares, que aun cuando haya ulceraciones jamás se confundirá con la tuberculosa. Además, el Sr. Dr. Prieto se sirvió informarme que el examen histológico permitía asegurar la naturaleza tuberculosa del producto enviado por mí, y que continuaría sus experimentos. Por último, me apresuré á traer estos casos porque es bien sabido que se alejan de las consultas y se pierden los enfermos las más veces de nuestra vista, desaprovechando la oportunidad de darlos á conocer. Pondré en práctica las inoculaciones de que se ha hablado y haré los exámenes bacterioscópicos, por más que, repito, los datos clínicos y el examen histológico comprueban mi opinión.

Además, en las clínicas de Berlín, que presencié, últimamente, se presentaron algunos hechos de tuberculosis ocular y fueron diagnosticados con los mismos datos usados por mí. Diré que en el extranjero son muy numerosos los hechos de esta enfermedad, como consta á los señores que han visto mis casos y han estado en Europa, y en México son escasos, pues contando el del Sr. Dr. Chacón, algunos del Sr. Dr. Chávez y alguno más, serán los míos los terceros ó cuartos que se presentan, y éstos nos deben tener alerta para buscar esta enfermedad que quizá antes no existía por las condiciones de nuestro medio social que hoy han cambiado.

Dr. González Uruña.—Aunque no trataré el asunto bajo el punto de vista oftalmológico, que desconozco, sí debo decir que lo referido por el Sr. Dr. Uribe y Troncoso, está de acuerdo con lo que se observa en la piel. Haré constar que el lupus no es frecuente entre nosotros, por ahí induzco que la conjuntiva cuyas contingencias patológicas son raras, debe padecer pocas ve-

ces de tuberculosis. Yo recuerdo haber visto un caso de tuberculosis de la conjuntiva propagado de la cara y era éste un caso típico de dicha propagación. Citaré también otro caso que tiene parentesco íntimo con la tuberculosis, es el de un enfermo de lupus eritematoso, doble, propagado á los ojos. Por otra parte, la prueba propuesta de buscar el bacilo es bien decisiva; pero es sumamente difícil que resulte positiva, porque es hecho bien conocido la escasez extrema de bacilos en las lesiones tuberculosas de la piel y de la conjuntiva, por lo cual el no hallarlo no sería prueba bastante en contra del diagnóstico.

Dr. Chávez Aparicio.—Al hacer nuevamente uso de la palabra es para aclarar dos puntos. Sea el primero, que la tuberculosis ocular es rara en Europa como lo es en México, así lo he demostrado durante mis permanencias en Europa y así lo expresan todos los autores.

Repito que personalmente he visto en México varios casos de la enfermedad, que no he presentado porque nada ofrecen digno de mencionar distinto de lo señalado, y no traen por lo mismo ninguna enseñanza. Igualmente he sabido de otros casos más, y varios compañeros me han relatado los observados por ellos. Cierto que el bacilo de Koch, como ya lo hemos manifestado, es difícil de encontrar y á veces falta; pero de hallarse constituye prueba plena, lo cual es obligado ejecutar; las inoculaciones que he relatado respecto á la oftalmorreacción aun cuando dieran resultados positivos no serían decisivas, porque podría producirlas la tuberculosis pulmonar estando los ojos sanos. La sífilis y la conjuntivitis de Parineaud dan lugar á error con los padecimientos tuberculosos.

Dr. Uribe y Troncoso.—Difiero del Sr. Dr. Chávez Aparicio respecto á que no es frecuente la tuberculosis ocular en Europa; parece que lo es también en México, según lo afirmado por el mismo señor, puesto que lo ha visto muchas veces y lo han visto también otras personas. Respecto á la oportunidad de presentar estos hechos la Academia se servirá juzgarla. En la conjuntivitis sifilítica no hay vegetación y la carúncula está destruida, por lo cual no se puede confundir con la tuberculosa y cosa análoga acontece con la de Parineaud.

Dr. Chacón.—Declaro que la oftalmorreacción que yo proponía no es aplicable por estar inyectada en el caso la conjuntiva,

y también por los inconvenientes señalados por el Sr. Dr. Chávez Aparicio.

DOCTOR LOAEZA.