

Dos casos de queratitis parenquimatosa de apariencia simpática y sifilítica.

POR EL DR. JUAN SANTOS FERNÁNDEZ.

Asistía a un enfermo cuya observación expondré más adelante, cuando me enteré de un hecho análogo referido por el Dr. Almainac de Burdeos con el título de "*Un caso de queratitis parenquimatosa de apariencia simpática, después de un traumatismo ligero del ojo. Consecuencias Medico-legales.* (1)—Una joven de 21 años de edad, sin antecedentes específicos, se quemó ligeramente la córnea izquierda con unas gotas de soldadura en fusión. Tres días después del accidente, cuya reacción local fué insignificante, se desarrolló en el ojo afectado una queratitis parenquimatosa, que a los ocho días provocó una falta de vista completa como consecuencia de la opacidad de la córnea. La opacidad continuó acentuándose durante ocho días. En este estado, la periferia de la córnea empezó a aclararse; pero el ojo derecho hasta entonces sano se afectó también y no tardó en estar tan enfermo como lo estuvo el izquierdo, que ahora estaba curado casi por completo, pues sólo tenía una ligera opacidad de la córnea producida por la quemadura. El ojo derecho a su vez tiende a la curación; pero le quedó también, en el centro de la córnea, una opacidad que no desapareció a pesar de todos los esfuerzos para lograrlo, disminuyendo la vista a 1/10. Mientras esto ocurría en ambos ojos, sobrevino un ataque de reumatismo agudo general que duró seis semanas. El Dr. Almainac dió a la joven un certificado de curada sin ocuparse del estado del segundo ojo afectado, y sólo señalando las deficiencias del primeramente lesionado por la quemadura. La enferma, no obstante, pretendió que la Compañía de Seguros tuviese en cuenta las deficiencias del segundo ojo enfermo, para la indemniza-

ción, por considerar que lo estaba como consecuencia de la quemadura. Designado un perito para informar, opinó como el Dr. Almainac. La enferma no ha manifestado aún si se conforma o no con la opinión del perito; y el autor se pregunta: ¿en caso de recurrir a los tribunales para hacer valer la incapacidad de su segundo ojo afectado, se considerará haberse tratado de una oftalmía simpática o se niega esto, puesto que el reumatismo no pudo ser la causa de la queratitis en ambos ojos?

La duda que surgió respecto de una posible oftalmía simpática, en el caso publicado por el Dr. Almainac, tiene analogía con el que vamos a referir; si bien, en el nuestro existía una antigua cicatriz de la región ciliar, como consecuencia de una herida córneo-esclerótica, sufrida unos años antes, y daba más fundamento al temor de una oftalmía simpática; no obstante, sirvieron de guía para una orientación en el tratamiento, los antecedentes aunque no claros del enfermo, pues las queratitis intersticiales de naturaleza específica despertadas por los traumatismos, son frecuentes, como lo sustenta (2) Antonelli de París.

Observación. S. B. M. de 3 años de edad, fué traído por su padre a nuestra consulta, en 1888. Jugando este niño con una botella de agua gaseosa estalló ésta, al caer con ella al suelo. Un fragmento de cristal le lesionó el ojo derecho. La herida interesó la córnea y el iris llegando a la esclerótica, de arriba a abajo y de fuera a adentro. Empezaba muy cerca del borde superior externo de la córnea sin tocarlo, y terminaba hacia abajo y adentro al través de la región ciliar. No sobrevino gran reacción inflamatoria, y un mes después dejé de verlo.

Posteriormente, en agosto 3 de 1907, nos refirió el enfermo, que después del accidente estuvo dos años sin sentir molestias en el ojo herido; pero que transcurrido este tiempo, se le inflamó, tuvo dolores y entonces consultó a otros profesores; mas como no cesaba de sufrir, volvió a consultarnos. Examinado nue-

(2) Société française d'Ophthalmologie Congrès de 1910, Séance du 2 Mai. Annales d'Oculistique, Mai. 1910. p. 403 Recueill d'Ophthalmologie, Juillet de 1910 p. 215.

vamente, comprobamos ahora como anteriormente la cicatriz de la herida ya descrita. La conjuntiva bulbar estaba inyectada; quemosis moderado, párpados infartados, fuertes dolores.

Temimos una panoftalmitis y pensamos en la enucleación que ya había sido propuesta por temor a la oftalmía simpática probablemente. La aplicación de hielo y otros recursos terapéuticos hicieron desaparecer los síntomas más alarmantes y dejamos de nuevo de ver al enfermo.

En agosto de 1909, al año próximamente de ausencia, se lastimó el ojo sano, el izquierdo, con un madero que le saltó a él: la conjuntiva bulbar de este ojo se inyectó, la pupila estaba contraída y el acuoso turbio; dolor periorbitario. Diagnosticamos iritis. La pupila al ceder a la atropina aparece ovalada transversalmente. Volvemos a temer la oftalmía simpática. Los síntomas inflamatorios del traumatismo ceden antes del mes y dejamos de ver otra vez al paciente.

En septiembre 20 de 1910, de nuevo se presenta a la consulta con síntomas en el mismo ojo izquierdo, los que atribuye a haber estado expuesto al sol fuerte, durante una hora. Vuelvo a temer a la oftalmia simpática y pensé en la enucleación del herido primitivamente o sea el derecho; sin embargo, me limité a tratar el izquierdo porque del derecho no sufría.

Al día siguiente se agrava el izquierdo. El paciente está ciego, lo traen de la mano, no puede valerse. Cree equivocadamente que desde que se puso la atropina se le enturbió la vista y empeoró.

La pupila está a media dilatación. El acuoso muy turbio. No hay aumento de tensión ocular. Se inicia una queratitis intersticial periférica de este ojo izquierdo. ¿Debo hacer la enucleación del herido teniendo él percepción luminosa y no estando inflamado ni dolorido? No.

Dispongo fricciones mercuriales diarias.

Del 20 al 23 de septiembre de 1910 los síntomas no cambian y la queratitis se ha extendido a toda la córnea, que aparece blanco-azulosa. Se continúa con el hielo, la atropina y las fricciones mercuriales. Expreso a la familia la gravedad y los temores de una oftalmía simpática que exigiría la enucleación del ojo derecho herido tiempo atrás.

Septiembre 25 de 1910. Me abstengo de operar en el derecho. Hoy empieza a transparentarse la parte superior de la córnea izquierda.

Septiembre 30 de 1910, va desapareciendo la queratitis y creo que el peligro ha cesado.

Algunos días más tarde la córnea ha recobrado por completo su transparencia y el iris cede casi por completo a la atropina.

Insisto en el tratamiento establecido, menos en el hielo, durante tres o cuatro semanas después.

Creo que no se ha tratado de una oftalmía simpática, sino simplemente de una queratitis intersticial del ojo izquierdo, en una persona que había perdido la vista del otro ojo por una herida ciliar, que es lo que ha alarmado.

Ha obedecido la queratitis del izquierdo, desde luego, al traumatismo que padeció este ojo poco antes y le dejó la predisposición a inflamarse. Aunque los antecedentes específicos de este enfermo sin estigmas de la sífilis, son dudosos, pudiera considerarse también como parasifilítica la queratitis, atendiendo a que muchos no la creen de origen específico. Por lo que pudiera ocurrir, nosotros hemos insistido prudentemente en las fricciones mercuriales o si hubiese sido necesario en las inyecciones subcutáneas.

Noviembre 22 de 1910. El enfermo hace un mes que está perfectamente bien del ojo izquierdo.