

## **Leproma del iris.—Curación por la radioterapia.**

---

TRABAJO EXTRA-REGLAMENTARIO QUE PRESENTA A LA  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, EL DR. JOSÉ  
DE JESU GONZÁLEZ, MIEMBRO CORRESPON-  
DIENTE EN LA CIUDAD DE LEÓN, MEXICO. (1)

La lepra invade el iris, ya primitivamente, es decir, antes de que haya alguna otra manifestación leprosa ocular, ya secundariamente, por propagación de lesiones de la córnea, la esclerótica, etc. Pero en uno y otro caso, la infección iriana por el bacilo de Hansen es de origen endógeno y no exógeno, esto

(1) Nuevos datos que complementan mi trabajo anterior "La fisioterapia en oftalmología."

es, no se fija en la membrana del iris, sino cuando ya existe en otras partes del organismo y es llevado hasta ella por la circulación sanguínea.

Las manifestaciones irianas de la lepra no son raras: en 87 casos de oftalmía leprosa, Lyder Borthen, de Trondhjen, Noruega (1), ha visto 32 veces atacada la uvea, o sea en el 36, 7 por 100 de los casos observados.

En cuanto a las formas clínicas de las manifestaciones leprosas en el iris, creo que podremos sujetarnos a las descritas ante la Sección de Oftalmología del III Congreso Médico Pan-Americano (Habana 4 a 7 de Febrero de 1901) por nuestro compatriota el Dr. J. Patrón Espada (de Mérida-Yucatán) (2). Este autor describe, con respecto al iris, además de una *iritis serosa*, una *iritis especial*, *no descrita hasta entonces*, en la que no se afecta el color del iris y en la que se ven en su superficie *numerosos puntos grisáceos del tamaño de una cabeza de alfiler*, especialmente abundantes en las cercanías del esfínter; en un caso esta erupción miliar no se acompañó de reacción; en otro, el borde pupilar presentaba sinequias; en el primer caso todos los signos de iritis habían desaparecido seis meses después.

La forma más frecuente de iritis leprosa es la plástica, con formación de exsudado pupilar más o menos espeso.

*Grandes lepromas del iris* se observan a veces, especialmente en el *ángulo del iris*.

Paréceme que el Dr. Morax, en su trabajo posterior de la Enciclopedia Francesa de Optalmología (3) ha tenido en cuenta el estudio de nuestros compatriotas, el Dr. Patrón Espada, *aunque no lo cita*; pues dice: "la iritis leprosa puede presentarse bajo tres formas. En un primer tipo no difiere en nada de la iritis serosa, solo los conmemorativos, otras lesiones leprosas oculares o extraoculares permitirán diferenciarla de la iritis sífilítica o blenorragica. En un segundo tipo, la *superficie del iris* se cubre de una *siembra de pequeños puntos grisáceos* que solo se

(1) Citado por Emile Venneman, de Lovain.—Enciclop. Franc, d' Opt VI.

(2) Manifestaciones oculares de la lepra. Crónica del Congreso en Anales de Oft. Tomo III.—1900—1901.

(3) V. Morax. Exámen du malade et Sémologui Oculaire. Ene. Franc. d' Opt. IV. 1905.

ven netamente a la lente, predominan en la zona esfinteriana y su aparición no se acompaña de ningún fenómeno reaccional notable. El tipo más frecuente se acompaña de exsudados pupilares. En fin, se observa también, pero más rara vez, un tipo de inflamación iriana caracterizada por el desarrollo de *lepromas luminosos* que aparecen habitualmente en la raíz del iris, y se desarrollan en el ángulo iriano, dando lugar algunas veces, á signos de irritación ocular muy violentos."

Por mi parte, he tenido oportunidad de observar casos de iritis serosa y de iritis plástica en pobres leprosos, y puedo decir que, en especial la forma serosa, puede ceder a la terapéutica ordinaria. Nunca he visto la iritis con los lepromas miliares del Dr. Patrón Espada.

Pero he tenido la oportunidad de observar un caso interesantísimo de *voluminoso leprosa único*, implantado al nivel del esfínter y acompañado de violenta reacción, exsudados y disminución notabilísima de la agudeza visual.

Pienso que mi caso es muy interesante, no solo por la rareza de los gruesos lepromas irianas, rareza en la que están contestes tanto Patrón Espada y Morax, como los observadores noruegos, que tanta experiencia tienen en esta materia por ser la lepra endémica en su país (Lyder Borthen ha visto pocos lepromas del iris); no solo por su colocación al nivel del esfínter, siendo que la mayoría de los gruesos lepromas se desarrollan cerca del ángulo iriano; sino principalmente por la rapidez de curación de los fenómenos reccionales y la reabsorción del tumor en tres meses, a favor de la radioterapia, restituyéndose la vista a una agudeza visual.

He aquí mi observación:

El Señor J. S. R., de 43 años de edad, Juez en una de las principales ciudades de este Estado, se presentó en mi Consultorio Oftalmológico a mediados del mes de Diciembre de 1911 (hace siete meses) para ser atendido del ojo izquierdo, en el que sufría atroces dolores, desde hacía dos semanas, y cuya vista casi había desaparecido por completo.

Me contó el enfermo que nunca había sufrido enfermedad ocular, salvo una ligera miopía contraída en los estudios; pero que hacía unas tres semanas su trabajo de Juez se había aumentado considerablemente, y que un día había sufrido un en-

friamiento al salir de su oficina, después de haber trabajado mucho.

Después de ese enfriamiento empezó a dolerle el ojo izquierdo y a enrojecérsele; los dolores y la inyección se le aumentaron en pocos días; la vista bajó rápidamente y entonces su médico le recomendó acudir a un especialista, pues creía que su enfermedad ocular era de cierta gravedad y tenía relación con su enfermedad general (la lepra), de que hablaré en seguida.

El exámen del enfermo descubre desde luego la existencia de la lepra tuberculosa o lazarinó (1).

Aunque, por regla general, la parte más invadida por los lepromas, es la cara (pues parece que el principal punto de penetración de los bacilos de Hansen es la mucosa nasal, o pequeñas escoriaciones de la piel de la cara, según resulta de un estudio clínico que emprendí sobre la materia en 1901 y 1902), (2) en mi enfermo se observan muy pocas lepromas en su cara: el pabellón de la oreja presenta pequeños y escasos tumorcitos leproso. y el carrillo derecho y la barba, dos gruesas lepromas del tamaño de una avellana. Esto es todo lo que se encuentra en la cara, la que ni siquiera presenta la alopecia de las cejas, ni la madarosis o caída de las pestañas, síntoma tan frecuente, tan precoz y tan característico de la lepra.

En cambio, las manos y los antebrazos; los mslos y toda la espalda, presentan abundantes y voluminosos lepromas, muchos de ellos ulcerados, otros cubiertos por costras cenicientas que ocultan ulceraciones.

El diagnóstico clínico de la lepra es indiscutible; pero, además, el exámen microscópico practicado por el Señor Dr. Octaviano González Fabela, quita hasta la sombra de duda. En una carta fechada en Febrero de 1909, que me presentó el enfermo, dice el mencionado Dr.: "Para investigar la existencia del ba-

(1) En este Estado de Guanajuato, así como en Jalisco, Michoacán, Zacatecas y San Luis Potosí, se dió a la lepra de gruesos lepromas cutáneos el nombre de mal de San Lázaro, y el de *lazarino* al que la padece; mientras que a la lepra, nerviosa que produce anestesia y mutilaciones (lepra mutilante) se da el nombre de Mal de San Antonio, y de *antoninos* o *toninos* a los que la padecen.

(2) Dr. José de Jesús González Etiología y terapéutica de la lepra. Memoria recompensada por la Escuela Nac. de Medicina, de México.

cilo de Hausen en el Señor J. S. R. tomé un fragmento pequeñísimo de piel, de uno de los tuberculos, con la tijera. En las preparaciones aparecen los bacilos mencionados con los caracteres reaccionales a los colores, de dimensión y situación.”

La enfermedad empezó hace 3 años y, cosa digna de notarse, los primeros lepromas aparecieron en el muslo izquierdo. ¿Tiene esta localización relación alguna con la forma cómo se verificó el contagio? Es difícil resolverlo, pero es de suponerse.

El enfermo, originario de la capital, del Estado, no tiene ningunos antecedentes hereditarios; pero sí debe anotarse que vivió nueve años en Irapuato y dos años en Abasolo, lugares de este Estado en los que abunda la enfermedad.

*Carece completamente de antecedentes específicos, circunstancia que facilita el diagnóstico de la enfermedad ocular.*

*Examen de los ojos el día 13 de Diciembre de 1911.— Ojo derecho, completamente sano. Los párpados, las cejas y las pestañas de ambos lados se encuentran completamente normales, salvo una marcada pigmentación de la piel de los párpados y que es general a toda la cara. Me inclino a creer que esta pigmentación es debida a la lepra, porque casi todos los leprosos que he observado han presentado, en la piel de la cara y de las manos, un tinte moreno-rojizo que por sí solo hace sospechar la enfermedad, máxime si se acompaña de infiltración edematosa de la piel.*

*Ojo izquierdo: inyección periquerática intensísima: córnea transparente; iris opaco y sin el dibujo propio de su superficie; pupila contraída y ocupada por un exsudado abundante; implantado en el esfínter del iris (hacia el segmento ínfero-externo, lugar de elección de los lepromas) un grueso tumor del tamaño de un grano de chia remojado, (dos o tres milímetros de diámetro) haciendo saliente en la cámara anterior, de color amarillo claro, contrastando con el color café oscuro del iris, de superficie irregular.*

Agudeza visual, menos de un centésimo; las letras grandes de la escala del Dr. Uribe y Troncoso, calculadas para ser vistas a 50 metros, las distinguía difícilmente a 0.50 centímetros.

Ojo doloroso al examen digital y espontáneamente.

Tension = +17

Instilé una solución de dionina, tanto para calmar el dolor como para provocar la inundación linfática de la conjuntiva que hiciera disminuir la tensión. Logrado esto a las pocas horas, instilé una gotas de atropina.

*Día 14 de Diciembre.* Casi el mismo cuadro, pero los dolores habían disminuido considerablemente y la pupila empezaba a dilatarse irregularmente, mostrando la existencia de sinequias, principalmente al nivel del tumorcito iriano que invadía una buena parte de la pupila.

Nuevas instilaciones de dionina y artropina.

*Día 15 de Diciembre.* Disminución notable de los dolores. Dilatación completa de la pupila, *menos al nivel del tumor* en donde el iris adhería íntimamente a la cristalóide anterior: pupila remiforme. Existencia sobre esta cristalóide de una corona de manchas pigmentadas, restos e indicios de las sinequias irianas que comenzaban a formarse. Mejoría de la agudeza visual.

Ese día hice tomar del ojo enfermo, una pintura al óleo, que acompañó, haciendo observar, para no perder ninguno, todos los pormenores y detalles al pintor que siempre me toma del natural los casos interesantes con que deseo enriquecer mi iconografía oftalmológica.

*Diagnóstico* la existencia de la lapra, clínica y bacteriológicamente demostrada, y la *ausencia completa de toda infección sífilítica*. allanaban grandemente las dificultades del diagnóstico

A mi modo de ver, se trataba de un *grueso leproma iriano* acompañado de una reacción inflamatoria intensa, de una verdadera iritis plástica.

Ciertamente el tumorcito que presentaba mi enfermo tenía notable semejanza con los condilomas del iris de origen sífilítico. Compárese la pintura del ojo de mi enfermo con la lámina XXXI del Atlas manual de las enfermedades externas del ojo, de Haab-Terson, lámina que representa una iritis sífilítica de condiloma, y se descubrirá una gran semejanza de forma y coloración entre ese condiloma y el leproma de mi enfermo. Y es que la reacción del iris es igual, en estos casos, ya sea que lo invada el treponema de Schaudinn, ya sea que lo ataque el bacilo de Hensen.

Repito, la ausencia completa de todo antecedente avarioso en

mi enfermo, impide toda vacilación respecto de la naturaleza leprosa de su tumor iriano.

*Tratamiento.* En presencia de tal manifestación leprosa, comprometedora de la función de uno de los órganos más importantes ¿qué camino terapéutico seguir?

Desde luego, en atención a los intensos fenómenos reaccionales, a los exudados que invadían la pupila, a las sinequias que empezaban a formarse, a los intensos dolores de que era víctima el pobre enfermo, se imponía la implantación del tratamiento clásico de la iritis: las instilaciones de atropina se hacían de suma urgencia; pero era indispensable bajar previamente la hipertensión. Fué fácil conseguir este objeto: las instilaciones de dionina trajeron la inundación linfática de la conjuntiva, una marcada sedación de los dolores y la disminución de la tensión: la atropia hizo luego su oficio, y ya he indicado cuales fueron los resultados de su aplicación. El calor húmedo, bajo la forma de compresas, aplicadas sobre los párpados cerrados, y la administración de aspirina al interior, para obrar sobre el elemento dolor, completaban el tratamiento instituído por de pronto.

Pero quedaba un punto terapéutico de resolución importante ¿cómo podíamos combatir el leproma mismo? ¿podíamos confiar en el tratamiento general antileproso (ginocardato de amoníaco, arsénico orgánico, etc.,) que, hacía tiempo ya, usaba nuestro enfermo? Los que hemos tenido que luchar contra la infección bacilar Hanseniana, tan lenta en su desarrollo, pero tan incontenible en sus avances, sabemos cuan excepcional es que la enfermedad retrograde y qué raro que algunos enfermos ofrezcan una mejoría tan acentuada que simule *clínicamente* una curación. En nuestro enfermo mismo, a pesar de su inquebrantable constancia, la enfermedad seguía invadiendo nuevos puntos, y apenas tuvo una oportunidad etiológica—el enfriamiento de un órgano hiperemiado por el trabajo—y no tardó en invadir el ojo mismo.

¿Podríamos pensar en la extirpación quirúrgica del leproma? Se ha aconsejado, pero ¿era posible, era siquiera conveniente intentar la excisión del fragmento de iris en que el leproma se implantaba? La sinequia, más fuerte allí que en cualquier otro lugar ¿habría permitido atraer la membrana iriana? y las consecuencias de una iridectomía en un iris así infectado por baci-

los y en plena inflamación plástica ¿no habrían sido desastrosas?

No había que pensar, pues, ni en esperar la acción lenta, y casi siempre ineficáz de nuestra actual terapéutica general anti-leprosa, ni en los medios quirúrgicos rápidos, pero quizá ruinosos.

¿A qué recurrir?

La fisioterapia cada día conquista nuevas provincias a la terapéutica farmacológica, impotente algunas veces, incierta las más. Había que buscar en la fisioterapia lo que nos negaba la químicoterapia.

Pensé luego en la aplicación de los rayos de Röntgen.

Más ¿por qué? Teóricamente ¿habría qué esperar algo de la acción terapéutica de tan maravillosas radiaciones?

Sí, conocidas como son dos cosas: la naturaleza histológica del leproma y el modo de obrar de los rayos X.

En efecto, los lepromas se parecen mucho a los tumores fibrosarcomatos; en un caso observado por Meyes y Berger (1) el examen histológico hizo admitir al principio la existencia de un leuco-sarcoma de la córnea, hasta que otras manifestaciones hicieron sospechar la lepra en el enfermo y un nuevo exámen de los cortes, con coloración de los bacilos, demostró que se trataba de un leproma típico.

En todo tumor leproso hay afluencia de leucocitos, bacilos de Hansen libres y bacilos incluidos en celdillas leprosas, celdillas muy desarrolladas, redondas o fusiformes, que ofrecen en su interior, además de los bacilos, dos o más vacuolos. En esta infiltración celular se ven, frecuentemente, desarrollarse numerosos vasos.

El hecho histológico digno de retenerse, por lo que nos interesa en este momento, es la abundancia de leucocitos y *celdillas nuevas* en el leproma.

Ahora bien, *los rayos X obran principalmente sobre el sistema linfóide y los tejidos jóvenes de neoformación.* (2)

(1) Meyer y Bergea. Tumor leproso de la córnea de aspecto sarcomatoso. Archis für Ophthalm. XXXIV.

(2) Dr. L. Delherme. Capítulo sobre *Electroterapia y radioterapia* en Les Agents Physiques usuels, de la Bibliot. de Terap, Clin. París, 1909.

Luego, teóricamente, debían ser aplicables en mi caso las radiaciones de Röntgen.

Para más abundancia de razones, recuérdense estos hechos científicamente demostrados: 1º la semejanza morfológica y biológica de los bacilos de Koch y de Hansen y su igual reacción ante el procedimiento colorante de Ziehl-Nelssen; 2º la eficacia de los rayos X en la terapéutica de manifestaciones tuberculosas, el *lúpus* por ejemplo.

Con la esperanza de éxito que me daba todo este razonamiento teórico, rogué al inteligente electro-terapeuta leonés, Dr. C. Lários, hiciera a mi enfermo, en su Gabinete, las aplicaciones deseadas de rayos X.

Se hicieron las siguientes exposiciones del ojo, de cinco minutos cada una: días quince, diez y ocho y treinta y uno de Diciembre de 1911 y veinte y cuatro de Marzo del presente año.

Los mismos días y, además, otras dos veces en el mes de Enero y una en Febrero, se aplicaron los rayos X en los lugares más invadidos por los lepromas cutáneos, principalmente los ulcerados.

Los resultados han correspondido plenamente a las esperanzas que la teoría hizo concebir.

La iritis ha desaparecido por completo; el dibujo del iris es normal; la pupila reacciona a la luz y a la acomodación; la agudeza visual es normal, con el porte de lentes adecuados; pues el examen esquiascópico descubre un ligero astigmatismo miópico que se corrige en esta fórmula:

$$OD = \text{Esf } 1.50 \text{ D } \subset \text{ Cil } - 0.50 \text{ D eje } 90^\circ$$

$$O Y = \text{Esf. } - 1 \text{ D } \subset \text{ bil } - 0.50 \text{ D eje } 70^\circ$$

Las primeras tres aplicaciones bastaron para imprimir al leproma una marcha regresiva manifiesta, que se acentuaba cada día más, al grado que el 23 de Mayo solo quedaban, como restos del leproma, una *pequeñísima mancha amarillenta* del iris, en el lugar en que existía el leproma, y una pequeña sinequia posteriora en el mismo sitio. (Actualmente toda huella ha desaparecido.)

Con la esperanza de hacer desaparecer estas reliquias que, por otra parte, en nada molestan al enfermo, se hizo la aplicación radioterápica el 24 de Marzo.

Todas las aplicaciones han sido bien soportadas por el ojo, sin que háyamos tenido que lamentar el menor signo de radio-dermitis.

No debo cerrar esta nota clínica sin manifestar la favorable influencia que los rayos X han ejercido sobre los lepromas cutáneos y sobre las ulceraciones, que eran abundantísimas en las manos: los lepromas han disminuído de volumen y *todas* las ulceraciones han cicatrizado.

No es tiempo todavía de afirmar que los rayos X curarán la lepa: ¡quizá nó! pero sí podemos asegurar que es un poderoso medio curativo contra uno de los males más rebeldes que hieren la humanidad, mal que es para el enfermo como su tumba en vida; porque lo destierra de la sociedad, lo priva de las caricias de los seres que ama, y lo obliga a asistir a la destrucción de su propio cuerpo.

Si se revisa la literatura de la lepra ocular nos encontramos en frente de dos hechos: la inmensa gravedad de las lesiones leprosas, que acaban por producir, la ceguera, y la impotencia de los medios terapéuticos para combatirlos.

¿No podemos alegrarnos legítimamente al vislumbrar en el oscuro horizonte de la terapéutica de tan despiadada enfermedad, siquiera sea un débil fulgor de esperanza para esos infelices?

León, Julio de 1912.

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZALEZ.