
GACETA MEDICA DE MEXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ACADEMIA DE MEDICINA

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

Algunas palabras

sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la oftalmía blenorragica

POR EL SOCIO TITULAR

DR. EMILIO F. MONTAÑO

En los momentos que hemos alcanzado, me parece que en cualquier sentido en que se trabaje por la reconstrucción de nuestro país, y hagamos labor, por insignificante que sea, para propagar y vulgarizar ideas inmediatamente prácticas, es más provechoso que ocuparse en cuestiones y hechos de ciencia puramente especulativa cuyos frutos no serán sino mediatos. Por esto me propongo escribir algunos artículos sobre Oftalmología, que aunque no digan nada nuevo a los oftalmólogos, podrán tener alguna utilidad entre los médicos que ejercen fuera de los centros en que hay especialistas, y los que no se dedican a esta especialidad.

No desconozco las tendencias de la Universidad en este sentido, sobre las clínicas de especialidades en nuestra Escuela; pero ni todos los alumnos asisten a estas clases ni muchos de los profesantes han pasado por ellas.

Hay en Oftalmología afecciones que no pueden ser conocidas ni deben ser tratadas sino por personas que se han dedicado a la especialidad haciendo estudios y práctica de algunos años al lado de profesores y en servicios dedicados a ella; pero que sin agravarse pueden dejarse un tiempo más o menos largo mientras están los pacientes en condición de ponerse en manos de dichos especialistas. Pero hay otras afecciones que claman por una intervención inteligente y pronta, porque un vez perdido puede costarle al paciente la pérdida de la vista en parte o en totalidad.

En las primeras el facultativo, siguiendo las inspiraciones de sus conocimientos generales en Patología y Terapéutica, podrá dar algún remedio que alivie algo al paciente mientras éste puede ver al especialista. En las segundas él mismo puede portarse como especialista, pues no hay tiempo que perder; debe hacerse el diagnóstico preciso e instituir el tratamiento adecuado bajo la pena de perder unos ojos que con algunos conocimientos más de los generales se hubieran salvado.

Estas afecciones no son muy numerosas; lo que me anima a escribir, conservando la esperanza de que me permitan cumplir mi propósito las ocupaciones profe-

sionales que casi siempre dan al traste con nuestras más halagadoras intenciones en estudios que no son de uso diario.

En efecto, principalmente pueden reducirse a estudiar la oftalmía purulenta gonocócica, la oftalmía simpática, el glaucoma, la iritis, las úlceras corneales, la panoftalmía y los tumores malignos del globo ocular.

* * *

Solamente me ocuparé hoy de la primera, y habré de oír con gusto las observaciones que se sirvan hacerme los ilustrados compañeros que me escuchan, a fin de que llene su objeto este humilde trabajo.

La oftalmía purulenta grave, la que requiere inmediata y enérgica atención, es la conjuntivitis específica producida por la inoculación del gonococo de Neisser, que se verifica poniendo en contacto el pus blenorragico con la mucosa.

Varía el período de incubación entre uno y seis días cuando más, y la infección evoluciona de una manera sobreaguda durante dos o tres semanas.

En todas las edades puede presentarse, pero es más frecuente hallarla en el recién nacido, en el adolescente y en el adulto en pleno período de vida genital. Esta división que tiene en cuenta las edades, no carece de importancia por la etiología, la profilaxis, el pronóstico y aun la terapéutica.

Se puede inocular el niño que está todavía en la cavidad uterina cuando las membranas están rotas, por el dedo que explora y conduce el pus vaginal a sus ojos; esto es muy raro; menos raro que al pasar por el canal vaginal se abran los párpados y se efectúe la inoculación; siendo lo más frecuente que el germen untado en este paso en la superficie del tegumento especialmente de los párpados, sea llevado a las conjuntivas por el agua del baño o por las manos de las personas que manejan al niño sin tener en cuenta este peligro.

Durante la primera y segunda infancias, en la inmensa mayoría de los casos, es la madre también quien contagia los ojos de sus hijos: ya porque afectada de flujo blenorragico duerme con ellos, con pocos escrúpulos en achaques de aseo, ya por usar lienzos maculados por ella, a guisa de pañuelos para los niños. Estas faltas de separación de las ropas producen la infección de los flujos por vaginitis catarral de las niñas, que llegan a ser gonocócicos sin el más insignificante atentado al pudor; flujos que se convierten en nuevos focos de peligro para los ojos de las enfermitas y para los de sus compañeras de colegio o de habitación.

En el adulto la infección conjuntival tiene por origen el acarreo de los gérmenes de la uretra o vagina a las conjuntivas, ya sea por las manos o por las moscas que en personas miserables se paran en las primeras llevando el germen a las segundas; cosa muy frecuente en Egipto.

Es mucho más frecuente por esta causa en el hombre que en la mujer, por razón de que aquél infecta sus manos en cada micción, mientras que ésta no tiene por qué hacerlo, máxime cuanto por inculto y descuidado que sea un individuo, siendo del sexo femenino se lava las manos más frecuentemente que el del sexo masculino.

No hablo de las oftalmías metastáticas porque si son graves como oftalmopatías, carecen de importancia como conjuntivitis purulentas.

El diagnóstico etiológico es fácil de hacer por la inspección y los conmemorativos; asegurándolo por los síntomas casi unívocos que clínicamente no dejan lugar a duda. El diagnóstico patogénico es de los más fáciles cuando se dispone de un microscopio para descubrir el agente específico al principio de la enfermedad.

Como hemos dicho, algunas horas cuando menos, y seis días cuando más, después de la inoculación, la conjuntiva congestionada y a veces con notable quemosis, presenta una secreción amarillenta y sanguinolenta que rápidamente se va haciendo más espesa y cambiando de color al amarillo verdoso; es muy abundante y parece que sale de un manantial inagotable, cuando separados los párpados, más tiempo dilata el médico en limpiar las conjuntivas que éstas en volverse a llenar. Algún tiempo después, a veces veinticuatro horas, del principio de la enfermedad, se infiltra la córnea en algún punto, se ulcera, y esta úlcera creciendo en extensión y profundidad abre la cámara anterior, y el iris se precipita en la ruptura llegando algunas veces a salir el cristalino por ella. Esta complicación, la más temible, compromete la visión de una manera más o menos importante, según la extensión de la parte destruída, pues aun después de la curación el tejido cicatrizal que sustituye a la membrana modifica sus condiciones anatómicas y físicas.

Los síntomas subjetivos se reducen a dolores y ardores con sensación de pesantez en los párpados.

Al principio es muy fácil hacer el diagnóstico microscópico de la afección: basta tomar con un alambre esterilizado por el fuego una pequeña cantidad de secreción en el fondo conjuntival inferior y colocarla en una lámina portaobjetos; dejarla secar un rato y fijar el exudado, pasando la lámina algunos segundos por una flama de alcohol; colorarla luego vertiendo algunas gotas de solución diluída de Ziehl, que se deja obrar por medio minuto; lavarla y dejarla secar. Después se lleva al microscopio montado con el objetivo de inmersión y el ocular núm. 3. Se ven los gonococos color de rosa con núcleos rojos de forma característica parecida a granos de café apareados; libres o incluídos en células fagocitarias. Esta manipulación puede hacerse en unos cuantos segundos. Si aún se desea mayor seguridad puede hacerse otra preparación teñida con violeta de genciana y tratada después por el líquido de Gram, que quita la coloración violeta, pues son cocos que no toman el Gram, lo que los diferencia más del neumococo y del estafilococo.

El pronóstico es enteramente distinto en los recién nacidos y en los adultos: es un hecho de observación, que bien atendidos los primeros desde el principio, sanan enteramente en el noventa y cinco por ciento; mientras que los segundos pierden el ojo infectado en un cuarenta por ciento aun de los casos mejor atendidos.

Ya en unión de mi inolvidable maestro el señor doctor Ramos meditaba sobre esta diferencia sin encontrar razones plausibles que la explicaran; hasta que llegué a pensar en las asociaciones microbianas. Consulté este punto en que son mudos los autores de oftalmología, con el Sr. Prof. D. Angel Gaviño Iglesias, cuya notoria competencia es de todos conocida y me confirmó en la opinión de que la gravedad de la conjuntivitis blenorragica en los adultos es debida a la simbiosis entre el gonococo y los gérmenes preexistentes en las conjuntivas, cuyas virulencias se despiertan o se exaltan. Siendo asépticas las conjuntivas del feto, tienen probabilidades cuando se infectan de recibir sólo el germen blenorragico; mientras en el adulto encuentra esta infección otros gérmenes que complican la oftalmía. Ya dijimos que el peligro más grave en el curso de esta afección es la úlcera corneal y que esta lesión puede ser causada por el gonococo puro; pero naturalmente con menor frecuencia y gravedad que cuando está asociado con otros gérmenes.

El tratamiento, que es el punto de mira práctico de este trabajo, procuraré exponerlo de una manera concisa dividiéndolo en profiláctico y curativo, e insistiendo en lo que debe hacerse y en lo que no debe hacerse.

La profilaxis consiste en evitar que los gérmenes patógenos sean llevados a las

conjuntivas sanas o que se agreguen otros más en las conjuntivas infectadas. Siendo los vínculos que llevan los gérmenes las manos, las moscas, los lienzos y el agua infectada del baño, es indispensable desinfectar cuidadosamente las manos, evitar el contacto de lienzos sospechosos y de animales que pudieran conducir el pus de un lugar a otro.

Los tocólogos, cuando han diagnosticado un flujo blenorragico en la madre, usarán nimios cuidados en sus exploraciones digitales, y a la hora del trabajo, antes del período de expulsión, deben hacer la conveniente antisepsia del canal vulvo-vaginal con amplios lavados de permanganato de potasio al uno por mil o de bicloruro de mercurio al uno por dos mil; y si tienen que recurrir a operaciones obstétricas redoblarán su cuidado para no tocar los ojos del feto ni con las manos ni con los instrumentos, procurando siempre abreviar lo más que se pueda la duración del paso de la cabeza por el canal genital. Inmediatamente después de la salida de ésta, otra persona que no haya tocado las partes infectadas de la madre ni la superficie del tegumento del niño, lavará los párpados de éste y los lugares adyacentes con solución tibia de permanganato al uno por dos mil, y pondrá en cada conjuntiva dos gotas de solución de nitrato de plata al dos por ciento (procedimiento de Credé) o bien de protargol al veinticinco por ciento; cubrirá los ojos con algodón aséptico que sostendrá con un vendaje para protegerlos de cualquier contacto infectante durante el tiempo que tarden el aseo y vestido del recién nacido; concluído lo cual deberá quitarse el apósito. La instilación profiláctica de estas soluciones no tiene inconveniente alguno, pues rara vez se presentará al día siguiente una ligera reacción conjuntival que pronto desaparece y que no se tomará por principio de oftalmía purulenta sino cuando se siga de secreción amarilla sanguinolenta. Debe por tanto ponerse en manos de las parteras este medio que tiene grandes ventajas y ningún inconveniente, desvaneciendo preocupaciones e inculcando el deber en que están de practicarlo siempre que observen en la madre un flujo amarillo y espeso antes del parto.

El infundado temor a las soluciones argénticas ha traído como consecuencia sustituirlas por otras que son perfectamente inútiles, como el jugo de limón. En los adolescentes la profilaxis debe oponerse, por educación en las familias, al uso común de lienzos destinados a objetos distintos, y en no desperdiciar oportunidad de advertir los peligros a que se exponen los ojos con la promiscuidad de sábanas, toallas y pañuelos que infectan vulvas y conjuntivas. En las niñas que padecen vaginitis es muy conveniente que usen calzones cerrados que eviten la contaminación de las manos.

En los adultos enfermos de purgación bastará insistir en el grave peligro que corren sus ojos por falta de conveniente aseo en las manos y pañuelos, para que adquieran la costumbre de lavarse con jabón después de micciones o cüraciones.

No me parece fuera de lugar recomendar a los médicos y a las personas encargadas de atender a esta clase de purulentos el uso de anteojos de mica o simples cristales que protejan los ojos; pues aunque excepcionalmente, puede saltar el pus al separar los párpados y caer en el ojo del explorador; lo que alguna vez aconteció a uno de mis más estimados amigos que honra un sillón en esta Academia.

El tratamiento curativo debe empezar tan pronto como sea hecho el diagnóstico. Desde tiempo muy antiguo se ha tenido al nitrato de plata como específico para combatir esta afección, y se ha empleado en el tratamiento clásico. Los sucedáneos que se ha intentado introducir han demostrado su inferioridad, dejando a la sal argéntica el primer lugar hasta hoy. El temor de precipitaciones que dejan manchas indelebles en las córneas desepiteliadas obligaron a los especialistas a

proponer el protargol en sustitución; pero el mismo Darier, que fué su ardiente partidario, ha vuelto al tratamiento clásico. Mi experiencia personal me ha demostrado que Darier hizo bien en volver sobre sus pasos; el procedimiento de Kalt, que consiste en amplias y repetidas irrigaciones en los sacos conjuntivales, no ha dado resultados alhagadores aun haciéndolas con el gancho irrigador.

Voy a describir mi manera de proceder antes y después de complicaciones corneales.

Lavatorios con solución de permanganato de potasio o de cal al medio por ciento, tibios, que deben repetirse con frecuencia para quitar el pus y despegar los bordes palpebrales evitando la acción prolongada de aquél sobre la córnea; cauterizar una o dos veces por día según la intensidad de la afección, las conjuntivas con nitrato de plata en solución al dos y medio por ciento, valiéndose de un pincel; y por último ayudar la acción terapéutica de esta substancia con la instilación, dos veces al día, de dos gotas de solución de protargol al diez por ciento o de argirol al uno por ciento.

El lavatorio debe hacerse de día y de noche, cada dos o tres horas, valiéndose de un matraz o botella con dos tubos en el tapón, que contenga la solución tibia de permanganato, y limpiar párpados y pestañas con fragmentos de algodón hidrófilo aséptico. En personas muy pobres o poco cuidadosas aconsejo tomar una pequeña bandeja de peltre o barro, verter en ella alcohol y encenderlo, con lo cual se consigue esterilizar la vasija y calentarla suficientemente para que después de consumido el alcohol se ponga el lavatorio en ella y se entibie sin necesidad de llevarla a la lumbre; luego con las manos bien lavadas y algodones hidrófilos se hace el aseo de los ojos.

Deberá hacer el médico la cauterización cada veinticuatro horas por lo común, valiéndose como pincel de un hisopo formado con un popote hervido o palillo limpiadientes y una mota de algodón absorbente fijado por torsión en una de sus extremidades: se moja este hisopo en la solución de nitrato de plata, se invierte el párpado superior, se baja el inferior y se barre con el hisopo la conjuntiva pudiendo neutralizarse el exceso de cáustico con el paso de otro hisopo igual mojado en una solución de cloruro de sodio al diez por ciento.

Estos detalles que a primera vista parecen nimios tienen su importancia, en efecto: las gotas de solución argéntica instiladas entre los párpados coagulan las substancias albuminoides del pus y forman una barrera tras la cual quedan atrincherados los gérmenes y escapan a la acción del medicamento; además, si como es frecuente, la córnea está tocada en su epitelio, se produce la precipitación de plata, que deja una mancha indeleble en ella.

Esto no pasa con el protargol, que se instila como dije antes, dos veces al día y sirve de coadyuvante a la acción del nitrato.

Con este tratamiento comenzado a buen tiempo, cura la oftalmía en una o dos semanas a más tardar. Deben suspenderse los toques cuando la supuración haya disminuído hasta permitir al enfermo abrir sus ojos espontáneamente.

Debe evitarse toda maniobra que tienda a detener el pus en las conjuntivas; por lo que la oclusión de los párpados con cualquier apósito debe estar enteramente prohibida; y si en algunos casos de edema exagerado parecen indicadas las compresas calientes, se procurará que sean húmedas y se renueven muy frecuentemente para no dejarlas secar y que encierren el pus sobre las córneas.

Aunque la infección por el gonococo puro es capaz de producir la infiltración y úlcera de la córnea, raras veces se presenta esta complicación cuando el enfermo

es tratado a tiempo; pero si la inoculación es mixta primitivamente, como en los adultos o por reinfección como en los niños, es muy frecuente la participación de la córnea, que comienza por una infiltración más o menos extensa y termina en la destrucción parcial o total de la membrana transparente.

Para darse cuenta a diario del estado de la córnea, es indispensable separar bien los párpados; lo que se consigue si no se tiene a mano el gancho de Desmarrés, con una horquilla doblada sobre su plano en la parte arredondada y esterilizada en la flama del alcohol.

Luego que se ha notado la participación de la córnea, sin variar el tratamiento de la oftalmía deben agregarse, alternando con las instilaciones de protargol, otras, que contengan en cinco gramos de aceite o agua estéril un centigramo de atropina y otro de azul de metileno; pero cuando la úlcera es profunda y amenaza ruptura, para no aumentar la tensión ocular se suprime la atropina dejando sólo el azul antiséptico que da resultados verdaderamente sorprendentes. Las inyecciones subconjuntivales de cianuro de mercurio no han dado resultado ninguno, así como tampoco la tonsura y escarificaciones de la quemosis, que no hacen más que traumatizar tejidos infectados.

El calor con el galvanocauterío me ha parecido ser de grande eficacia en los procesos ulcerosos de la córnea, no sólo como cauterización sino como simple calor, haciéndolo radiar sobre la úlcera de la extremidad del galvano, que se ha colocado a distancia de algunos milímetros.

Las pomadas pueden servir para evitar la aglutinación en los bordes palpebrales, pero introducidas en la mucosa dificultan el aseo.

México, noviembre 3 de 1915.