

miento; sin más salvedad, que la muy científica de la posibilidad de tratarse de un neoplasma maligno evolucionando en un sujeto en estado de sífilis activa, a semejanza de lo que se observa en ciertos epitelomas desarrollados en terreno conquistado por el terrible treponema; punto sobre el que desearía yo oír más especialmente la valiosa opinión de los señores Académicos.

México, 20 de junio de 1917.

Temores exagerados de la oftalmía simpática.

Abuso de la enucleación del ojo.

DR. JUAN SANTOS FERNÁNDEZ,

Miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina en la Habana.

Por análogo motivo que ahora, me ocupé de este particular hace algunos años (1); pero la repetición de los hechos clínicos que me movieron entonces a tratarlos, me lleva hoy de nuevo, a ponerlo sobre el tapete, pues no desconozco la responsabilidad en que se incurre, si por omitir una intervención llega a perder totalmente la vista un sujeto.

Bien se alcanza que el clínico se pondría a cubierto de esta responsabilidad, si al menor traumatismo de un ojo, sobre todo si puede perderse la vista del ojo lesionado, por la herida en sí o por la inflamación que le siga y termine por la atrofia en más o menos breve plazo, se recurriese, *ipso facto*, a la enucleación; pero se sabe que pasada la época en que Makense, uno de los primeros que llamó la atención sobre el peligro de la simpatía y más tarde, otros estudiaron con interés esta enfermedad, recomendando la intervención quirúrgica de modo apremiante. La observación diaria sin negar la importancia del hecho, está siempre prevenida respecto de la oftalmía simpática, y han llegado a no tener dudas, a propósito de que son realmente pocos los traumatismos que la producen. Sin embargo, el asunto encierra marcado interés siempre, desde el momento que la práctica enseña, que si bien la explosión de una oftalmía simpática sobreviene de las cuatro a las ocho semanas después de la herida del ojo y rara vez antes de las dos primeras, nunca hasta ahora, ha ocurrido alguna vez, que después de muchos años de sufrir el traumatismo un ojo, y cuando permanecía sin sufrir trastorno alguno, aparezca alguna inflamación en el ojo herido y se le considera peligroso para el otro sano, capaz de producir en éste una afección simpática. Un leve traumatismo ocasional puede bastar para despertar un proceso dormido y determinar quizás la inflamación simpática en el otro ojo. Puede, ni necesitarse la acción de un agente externo, pues hay bulbos atrofiados que experimentan accesos dolorosos tardíos y con motivos de éstos, sufre el otro ojo, sano.

[1] Algunas consideraciones sobre la oftalmía simpática, 14 de enero de 1900.—*Anales de la Academia de Ciencias*, T. XXXVI. P. 260.—*Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana*, T. XXVI. P. 109-122. 1900.

No obstante, un día enucleamos un ojo atrofiado hacía tiempo y hallamos que se había desarrollado abundante osificación al rededor de un *remache* o clavo que ocupaba el centro del bulbo sin haber (2) molestado al otro ojo. Pudiera objetarse que justamente por no haber provocado molestias en el ojo herido no las determinó en el otro. Tenemos sin embargo otro caso (3): el de un maquinista de ferrocarril que perdió la mitad del año, por los dolores que le producía un ojo, que había olvidado cómo fué herido, y en él se advertía atresia pupilar y ausencia de percepción luminosa. Al enuclearlo para que pudiese trabajar, sentí en mi índice derecho introducido en la órbita durante la operación, una hincada, sin que acertara explicarlo. Eucleado el ojo, evidenciamos que cabalgaba a través de la pared del fondo de éste, una lámina delgada de un centímetro de longitud, de forma triangular, que al mostrársela al enfermo, hizo memoria de que era parte de la lámina incandescente de hierro que martillaba cuando le ocurrió el accidente de perder la vista del ojo, y que apesar de los sufrimientos que le había producido, no ejerció nunca influencia sobre el otro, sano.

Estos casos hacen reflexionar acerca de si un ojo herido puede influir en el otro, o si se afecta el segundo, sencillamente porque el estado general del sujeto herido, que mantiene la inflamación en el ojo traumatizado, es suficiente a desenvolverla en el otro, sin necesidad del traumatismo cual ocurre constantemente.

No es preciso que el enfermo sea un sifilítico o esté afectado de alguna otra diátesis: faltando ésta, se observa a veces la mayor susceptibilidad de unos sujetos a agravárseles un traumatismo ciliar, reputado como el más grave siempre, en tanto que a otra persona se le domina fácilmente, y esto explica, que si aparece una manifestación cualquiera en el ojo sano del sujeto herido del otro, la enfermedad puede ser tomada por simpática inmediatamente, aunque no sea más que para encontrar un nuevo recurso con que combatirla, enucleando el herido, sin tener siempre la convicción de que estamos en lo cierto, conformándonos con querer hacerlo mejor. El diagnóstico, pues, de la oftalmía simpática, se hace las más de las veces cuando, algunas semanas después de sufrida una herida perforante, a consecuencia de la cual ha sobrevenido una iridociclitis en el ojo herido, se observa en el otro, una inflamación análoga, sin que pueda hallarse ningún otro fundamento etiológico, sobre todo ninguna enfermedad general.

El pronóstico de la oftalmía simpática es siempre grave, y produce la ceguera porque como hemos dicho existe en el sujeto que la sufre determinada resistencia a los recursos terapéuticos que en otros se dejan sentir pronto favorablemente. Si sólo hay síntoma, en los comienzos, de una uveítis serosa, la enfermedad podrá curar; pero otras veces el más ligero traumatismo

[2] Osificación intraocular al rededor de un cuerpo extraño metálico.—*Crónica Médico Quirúrgica de la Habana*. T. VI. P. 455-462. Agosto de 1880.—Sociedad de Estudios Clínicos de la Habana, 17 de Julio de 1881. Archivos de la Sociedad. T. II. P. 131-136.

[3] Lámina aguda de acero que permaneció durante once años en el interior del ojo atravesando la esclerótica junto al nervio óptico.—*Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*. Madrid, 1884.—*Gazette Médicale de Nantes*. 9 de Julio de 1884.

desenvuelve una inflamación rápida que no cede nada o cede poco para repetirse, hasta perturbar las funciones vitales del órgano y producir su pérdida total. Se ha observado que sólo los raros casos en que la oftalmía simpática comienza por una papilo-retinitis el pronóstico es más benigno, y se han visto los síntomas de manifestación simpática sin señales de irritación, ceder y decrecer, hasta la curación.

Conocida la gravedad del pronóstico se comprende cuán prevenidos debemos estar, para evitar la manifestación simpática, que sin sobrados fundamentos siempre se ha tenido, y por lo que se ha tratado de adoptar la enucleación del ojo, que provoca desde luego el mal en el otro, no siempre sin escrúpulos de acertar, porque los hechos no tienen toda la claridad apetecida. La primera vez que me hallé perplejo ante un traumatismo ocular, fué al observar en un sujeto una catarata, producida por la munición de un tiro de escopeta, que había acribillado el ojo derecho, que se enucleó y produjo la opacidad total del cristalino en el izquierdo, sin poder precisar, si había penetrado el cuerpo extraño en el globo del ojo. Habiendo quedado en la córnea un leucoma menor que la cabeza de un alfiler común, y curado el herido, recobrando la vista a pesar de haberme abstenido de intervenir en la catarata traumática (4).

En la actualidad escribo estas líneas porque asistí un herido del ojo derecho por un tiro de escopeta con municiones muy pequeñas, de las que llaman los cazadores de *mostacilla*, sin duda por semejarse en lo pequeño al grano de la mostaza. En efecto, las que mostró el enfermo y se las desprendió de la piel de la frente, eran del tamaño de la cabeza de un alfiler común y muy quebradizas a la menor presión, lo que me sirvió para graduar la resistencia que opondrían en el interior del ojo. Suponía que alguna hubiese penetrado, con más seguridad que en el caso anterior citado, porque además de existir una opacidad semileucomatosa punteada de la córnea, había en el iris algo de pérdida de sustancia formando un diminuto coloboma, y la opacidad del cristalino, que no era una simple catarata traumática, sino una fagitis o inflamación del cristalino.

El caso está incluido entre los que exigen la enucleación *ipso facto*, y la hubiera efectuado inmediatamente si los procesos ciliares hubiesen estado interesados o si no pudiese observar al enfermo, para intervenir al punto, si cambiase su estado después. Ahora la previsión no se debe exagerar al grado de hacer la enucleación por cualquier traumatismo, como tuvimos ocasión de observarlo en el caso siguiente:

Un hombre dedicado a las faenas del campo había recibido en el ojo derecho la cornada de una res, que le produjo intensa inflamación, de la que llegó a despojarse, quedándole la vista defectuosa por un desprendimiento parcial de la retina. Pasado algún tiempo, cuando volvió a verme, me refirió que había estado en el extranjero y que al volver, esperaba que yo le extrajese el ojo enfermo que estaba en el mismo estado que la última vez que lo ví. Al manifestarle que no creía necesaria la operación, se sorprendió y me

[4] Herida de ambos ojos por arma de fuego: reabsorción del cristalino a la izquierda; curación.—*Archives of Ophthalmology*. New York. Vol. IX. P. 85.—1880. *Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana*. T. VII. P. 304-310.

dijo, que se la hubiesen practicado, si él no hubiese preferido volver a su país para sufrirla. Le expliqué con tal motivo que el ojo afectado, no ofrecía peligro para el otro y en él tenía vista para conducirse y que del mismo modo que inesperadamente se lastimó el derecho, bien podía ocurrirle análogo accidente en el izquierdo, y aun cuando perdiese éste por completo, no sería un ciego porque bien o mal podía servirse del derecho. Es un asunto comprendido en la Medicina Legal y atañe a la Deontología resolverlo.

Como todos los extremos en ciertas resoluciones, son perjudiciales, conviene optar por el término medio, y éste en la oftalmía simpática está en enuclea el ojo que ya perdido por cualquier traumatismo, aun perdido amenaza al otro que parece afectado por él; no obstante que, como ocurre, no se tengan todos los antecedentes apetecidos como en el caso que un día publiqué (5) respecto de la etiología. Me refiero a un sujeto de 39 años que perdió el ojo izquierdo trabajando en una máquina a los 14 años. Dos o tres años después del accidente empezó a perder la vista del ojo derecho y cuando me consultó, ya no podía contar los dedos.

Diagnosticué una iridociclitis simpática y sin embargo no había tenido dolores en este ojo herido para perder la vista de él al grado que se pudo apreciar. Practicada la enucleación del ojo izquierdo, atrofiado, presentaba en su interior una sustancia calcárea que se adaptaba a la disposición que tenía la esclerótica y parecía el fondo de un pequeño vaso de cristal. Perdimos de vista al enfermo después de la enucleación; pero estaban ya tan perturbadas las funciones del ojo derecho que se podía asegurar un término fatal, por no haber sido oportunamente atendida la enfermedad inicial.

Para terminar diremos que no hay que exagerar los temores de la oftalmía simpática, porque no es tan frecuente como se supone; pero tampoco hay que dejar de vigilar aquel caso en que pudiera presentarse, pues al observar esta conducta nos ponemos a salvo de desatender un verdadero caso de oftalmía simpática y también nos abstenemos de hacer enucleaciones que se podrán evitar y con ellas las molestias de llevar un ojo artificial en determinadas circunstancias, no fácil de obtener.

[5] Oftalmía simpática por depósito calcáreo en el ojo herido. Por el Dr. J. Santos Fernández. *Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana*. T. XXXIII. P. 53-55. Año de 1907.