

una ileostomía aprovechando la misma perforación; y hacer la canalización por otra incisión para librarla en lo posible de ulterior contaminación por las materias fecales.

BIBLIOGRAFIA

- M. S. Laurence.**—Perforation intestinale operée et guérie. Bullétins et Mémoires de la Societé des Chirurgiens de Paris, t. XXV, N° 1, pág. 35.
- Cimino.**—Perforaciones intestinales paratíficas. Archivos italianos de las enfermedades del aparato digestivo. Vol. 1º, fasc. 3, pág. 201.
- E. Branco Ribeiro.**—Revue Sudamericaine de Médecine et de Chirurgie. T. 4º, N° 9, pág. 663.
- R. H. Miller y E. H. Wallace.**—Annals of Surgery. Vol. XCVIII. N° 4, pág. 713.
- J. A. Lazarus.**—The American Journal of Surgery. Vol. XXII. N° 2, pág. 284.
- V. Vasilica.**—Journal de Chirurgie. T. XLII, pág. 272.
- Gianni.**—Ibid., pág. 274.
- R. Rousseau.**—Bullétins et Mémoires de la Societé Nationale de Chirurgie. T. LVIII. N° 33, pág. 1560.

Tratamiento Médico-Quirúrgico de las Irido-Ci-clitis Agudas Luéticas

Por el Dr. Antonio F. Alonso*

La terapéutica médica de las dolencias oculares que sirven de epígrafe a estas líneas se sintetiza generalmente en los tratados con la indicación general de aplicar el tratamiento específico. Pero como los medios y formas para realizarlo son varios, y las oportunidades en terapéutica capitales, surgen desde luego en la mente del oftalmólogo las interrogaciones: ¿Serán los arsenicales, medicamentos enérgicos de ataque, los que deberán emplearse desde luego? ¿Serán los veteranos mercuriales los que irán a la vanguardia en el combate? ¿Será oportuno y eficiente un tratamiento mixto mercurio-bismútico o mercurio-arsenical?

* Leído en la sesión del 1º de abril de 1936.

Algunos autores, pocos, como Rochin-Duvigneaud,¹ aconsejan emplear desde luego el neo-salvarsán, cuya acción rápida sería sostenida después por la medicación mercurial. Otros, en mayor número, prefieren comenzar por los mercuriales para evitar una reacción de Herxheimer violenta que podría perjudicar intensamente la integridad estructural y funcional del órgano de la visión.

Por otra parte, numerosos autores han publicado casos que nosotros hemos tenido oportunidad de comprobar en nuestra práctica, en los que el neo-salvarsán se mostró menos activo que los mercuriales endovenosos. ¿Se trataba de casos con sífilis arseno-resistente? ¿Era cuestión del terreno en que evolucionaba la afección, o que el tractus uveal constituye en cierto modo una égida para el treponema como algunos lo han pensado, un fuerte adonde no le alcanza a veces la acción rápida del neo-salvarsán y sí la menos estridente, pero profunda y continuada, del mercurio? No podríamos decirlo seguramente; pero recordaremos que Charpentier ha presentado recientemente a la Sociedad Oftalmológica de París, varios casos de sífilis general tratados por el neo-salvarsán a altas dosis, el cual ha sido impotente para impedir el desarrollo de una irido-ciclitis treponémica de las más graves, haciendo a este respecto la calurosa recomendación de los tratamientos mixtos mercurio-arsenicales en oftalmología como la regla terapéutica. Dupuy-Dutemps, en la Sociedad Francesa de Oftalmología, presentó un enfermo con una destrucción completa de un sector del iris por una goma ciliar, a pesar de un tratamiento arseno-benzólico reciente, y curado por el cianuro de Hg intravenoso, recordando a este propósito el autor que las reincidencias y aparición de lesiones sifilíticas oculares no son excepcionales inmediatamente después de un tratamiento por los arseno-benzoles y aún en el curso de este tratamiento, opinión compartida por oftalmólogos como Abadie y Terson.²

Las reacciones locales durante el tratamiento de las enfermedades luéticas del ojo han sido descritas por múltiples autores: De-Lapersonne, Terrien, Coutela, etc., y nosotros las hemos visto con frecuencia en nuestra práctica.

Las reacciones oculares inmediatas, dos, tres, cuatro días después

¹ L'ophtalmologie en clientele.

² Annales d'Oculistique, 1928.

de comenzado el tratamiento, constituyen verdaderas reacciones oculares de Herxheimer, más frecuentes e intensas con el neo-salvarsán.

Después de haber sido atribuidas a la acción tóxica del medicamento inyectado, las consideran hoy algunos autores como resultado de la acción de los treponemas rechazados de la piel hacia los centros nerviosos, mientras otros los conceptúan originados por la acción de las toxinas puestas en libertad por la acción treponemicida en masa del medicamento. Cualquiera que sea su patogenia la reacción de Herxheimer es de gran valor diagnóstico acerca de la naturaleza del padecimiento. Como lo ha escrito Leredde: "Se puede concluir en la naturaleza sífilítica de una lesión que es desde luego pasajera y agravada, después curada con el tratamiento específico." Esta pragmática, expuesta ya por el ilustre padre de la medicina en sus célebres aforismos, se cumple en el órgano visual, aunque con peligro de su delicada estructura y elevadas funciones, por cuya razón los oftalmólogos se empeñan con razón en evitarla.

"Los arsenobenzoles, ha dicho Millian,³ no han dejado jamás un ciego ni un sordo. Los accidentes demostrados son fenómenos de reacciones febriles, de reacciones viscerales llamadas neuro-reincidencias, o bien son el hecho de sífilis insuficientemente tratadas, dosis demasiado fuertes y no repetidas a tiempo. Las dosis elevadas de arsénico destruyendo en masa las espiroquetas, harían igualmente desaparecer los anticuerpos; las espiroquetas sobrevivientes recibiendo nuevas inyecciones administradas tardíamente, no encontrando anticuerpos, determinarían estas neuro-reacciones o neuro-reincidencias. La continuación de la terapéutica, por lo demás, haría desaparecer estos accidentes."

Para dilucidar, por otra parte, si las neuro-reincidencias son de origen tóxico puede seguirse el consejo de Sezary, analizando el líquido céfalo-raquídeo cuya reacción meníngea indicaría su origen sífilítico.

¿Podría en la terapéutica oftalmológica seguirse en su integridad las indicaciones del distinguido sífilógrafo primeramente citado? Embriológica y anatómicamente el ojo es una avanzada del cerebro que se adelanta a recoger la energía luminosa y cuyas altamente dife-

³ "Le nerf optique et les arsenicaux trivalents et pentavalents", par Lacroix. *Annales d'Oculistique*, 1934.

renciadas estructuras pueden sufrir alteraciones profundas e irreparables por las reacciones terapéuticas. Una lesión cicatricial en la piel tiene, en general, mínima importancia; una cicatriz en el nervio óptico puede ser la pérdida de una altísima función.

Es por esto que el tratamiento de la sífilis endo-ocular requiere técnica y modalidades particulares que la realicen rápida, intensa, eficaz, prudente, completa. Es en la acción combinada de los diferentes agentes antilúéticos actuales; es en la precedencia de los mercuriales y bismútics a los arsenobenzoles donde podrá encontrarse ese **desiderátum**.

“Desde el punto de vista terapéutico, dice Lacroix, la nocividad de los arsenobenzoles está reducida si se hace preceder su administración de la del mercurio en la sífilis antigua o insuficientemente tratada o empleando a la par estos dos medicamentos si es la sífilis reciente. Si se suponen lesiones nerviosas, o si existe una neuritis retrobulbar específica, se ocurrirá de preferencia al bismuto, menos tóxico si no más activo que la asociación mercurio-arsenobenzol, a pesar de los éxitos evidentes de este último método.” Conducta análoga seguimos en nuestra práctica, muy particularmente en las neuritis ópticas de origen lúético acompañadas o no de lesiones intracraneanas. La asociación bismuto-mercurial, antes que los arsenobenzoles con sus peligros, nos ha dado siempre satisfactorios resultados.

Por lo que respecta a los arsenicales pentavalentes como el atoxil, el estovarsol, la triparsamida, el acetilarsán, etc., parecen tener más que los trivalentes una acción efectiva en la sífilis nerviosa parenquimatosa, neurotropismo que se debería, según Sezary y Barbe, a que el arsenical pentavalente no es activo sino después de reducción, de donde afinidad por el sistema nervioso, él mismo reductor.

Estas preparaciones de corriente empleo en las ataxias, las parálisis generales son, más que los trivalentes, peligrosas para los nervios ópticos.

El atoxil no es empleado ya más que en la tripanosomiasis.

El acetilarsán, de fácil manejo, no deberá aplicarse para el tratamiento de asalto de la sífilis ocular. Contrariamente a las afirmaciones de algunos sifilógrafos, esta preparación ha originado lesiones graves en los nervios ópticos, señaladas por Terrien, Dupuy-Dutemps, Velter y otros más.

La triparsamida, de elección en la práctica norteamericana, es peligrosa para los nervios ópticos, cuyos accidentes han sido descritos por Claude, Guillaume y Sicard.

El estovarsol sódico, preconizado particularmente por Sezary y Barbier en el tratamiento de la parálisis general, puede generar accidentes oculares según los casos publicados por Nida, Lacroix, aunque según aquellos sifilógrafos, con la posología de un gramo por inyección, dos por semana y en total veintiún inyecciones, se podría evitar los ataques de los nervios ópticos.

De todo esto se infiere que el examen oftalmológico es hoy un precepto de rigor antes del empleo de los arsenicales, muy particularmente de los pentavalentes, con tanta más justificación cuanto que según han insistido oftalmólogos como Terson, Sourdille, los accidentes neuro-ópticos pueden aparecer rápidamente desde las primeras inyecciones arsenicales, aun cuando nada en el estado del paciente los permita prever.

Es en las graves inflamaciones irido-ciliares de origen luético, donde una intervención quirúrgica tiene interesantes, frecuentes y aun discutidas indicaciones: la punción de la cámara anterior del ojo. Aconsejada clásicamente en los casos de irido-cielitis acompañados de hipertensión, dos indicaciones principales más, a nuestro juicio, se presentan para practicarla: una reacción local intensa provocada por el medicamento inyectado; la lentitud de acción del tratamiento específico.

Vaciar la cámara anterior del órgano en estos casos, es dar salida a toxinas y exudados que irritan y obstruyen los emonctorios intra-oculares, produciendo hipertensión; es favorecer la llegada de anticuerpos y medicamentos con su acción bienhechora, como lo demuestra el alivio experimentado por los pacientes después de dicha intervención; es facilitar la acción de los midriáticos para sostener la pupila en dilatación, propósito axiomático para el oftalmólogo, durante el tiempo que dura la enfermedad irido-ciliar.

Esta conducta nuestra tiene, aparte del apoyo de la experiencia clínica, el de la experimentación. En un trabajo altamente interesante de la clínica del profesor Lesser, de Praga, el profesor Bruckner ha demostrado en los conejos sometidos a la inmunización por medio de los hematíes de carnero un aumento considerable de las hemolisinas en

la córnea, en el humor acuoso y aun en el vítreo, por una punción o trepanación de la cámara anterior del ojo, siendo este resultado proporcional a la hipotonía producida. ⁴

“Basándose sobre los estudios experimentales hechos hasta hoy, dice el prof. Bruckner, se puede pensar que por la hipotonía ocular es posible aumentar el efecto del tratamiento general en las inflamaciones de la córnea, de la uvea y del vitreo (seroterapia, salvarsán, etc.)”

Estos resultados experimentales recientes explican lo que la vieja experiencia clínica había demostrado ya desde hace mucho tiempo: los magníficos resultados obtenidos por la punción de la cámara anterior del ojo en la úlcera de Samisch y algunas otras inflamaciones corneales, tratadas de esta manera por oftalmólogos de la talla de Wessely.

La punción de la cámara anterior del ojo en los casos que estudiamos, no obstante la inflamación aguda y la vascularización intensa, es fácil de practicar y sin peligro. Esto puede hacerse hacia la parte superior del limbo después de anestesia a la cocaína-adrenalina, con un fino cuchillo de Grefe, sin tocar con la pinza el globo, o bien con la pica triangular perfectamente afilada, para cuyo efecto se inyectarán unas gotas de novocaína-adrenalina hacia la parte inferior del ojo, tomándolo con la pinza de fijar en la pequeña bola de edema formada, lo que hace insensible este momento doloroso de la intervención.

La posibilidad de emplear la atropina en los casos que estudiamos es la realización de un **desiderátum** por medio de la punción de la cámara anterior ocular.

En los casos de irido-ciclitis hipertónicas muchos autores dan la indicación general de substituir la atropina por los mióticos para disminuir la tensión ocular, que, si persiste, es altamente peligrosa para la integridad anatómica y funcional del órgano. Mas aparte de que los mióticos en estos casos no disminuyen muy frecuentemente la hipertensión y sí, al contrario, la elevan, su acción hiperemiante en un iris inflamado favoreciendo la obstrucción pupilar, es contraria a los de los midriáticos cuya asociación con la punción cameral del ojo es trascendentalmente favorable a la evolución del proceso.

⁴ Influence de la hypotension oculaire sur la quantité d'hémolisines existant dans la corneé, dans l'humeur aqueuse et le corps vitre chez le lapins normaux et immunisés. Par le prof. Bruckner. Annales d'Oculistique. Janvier, 1929.

Dice con razón Pacalin,⁵ en reciente trabajo: "la atropina gracias a la punción de la cámara anterior, en lugar de elevar la tensión ocular, la abate. Este hecho es debido a que la hipertonia, como todos los otros síntomas de la irido-ciclitis, es la expresión de la inflamación del iris y del cuerpo ciliar que la atropina, haciéndola ceder, produce por esto mismo la caída de aquélla. La atropina es el verdadero específico de la iritis; ningún otro agente puede reemplazarla, y esto es verdad sobre todo de los productos cuya acción es opuesta a la suya como la pilocarpina. La dificultad estaba en encontrar el medio de utilizarla aun cuando la iritis se acompañe de hipertonia, que en otras afecciones tiene la propiedad de aumentar. Nosotros creemos haber encontrado este medio en la punción de la cámara anterior."

Ya Morax, por otra parte, había insistido en varias ocasiones acerca de la acción hipertonzante de la pilocarpina en los glaucomas consecutivos a la irido-ciclitis.

¿Cuál es la patogenia de la hipertonia que complica con tanta frecuencia estas inflamaciones irido-ciliares?

Lagrange, en sus inmortales trabajos sobre el glaucoma, los cuales hemos tenido el honor de exponer en esta Academia, demostró que un factor de gran importancia en el complejo patogénico del síndrome es la alteración del humor acuoso por pequeños elementos (*poussiere*) que vendrán a obstruir las mallas de excreción ocular mucho antes de la oclusión definitiva por la soldadura de Knies. Las modernas técnicas de examen por medio de la lámpara de hendedura han demostrado por otra parte a varios observadores, como Terrien y Weil, quienes en una serie de glaucomas con el carácter de los llamados glaucomas primitivos, han encontrado finísimos exudados de la ciclitis crónica, hecho que continúa el desmembramiento de la autonomía clásica del síndrome glaucomatoso.

Vamos a referir brevemente tres observaciones típicas de nuestra práctica.

Observación 1ª

Hombre de 45 años de edad, zapatero de oficio, se presentó a consultar el 20 de enero de 1935 por una enfermedad del ojo derecho que

⁵ De l'emploi de la atropine et des ponctions de la cornee dans le traitement des irido-cyclitis avec hypertension, par Pacalin. Annales d'Oculistique, Mars, 1934.

le había disminuído considerablemente la función del órgano y le producía dolores intolerables. Ojo enteramente enrojecido, cámara anterior profunda; córnea con algunos precipitados en la Descemet; pupila estrecha, irregular, con adherencias; fondo ocular inalumbrable; tensión ocular ligeramente aumentada: 40 al tonómetro de MacLean. Cuenta los dedos con dificultad a la distancia de un metro. En la piel de los antebrazos y abajo en la piel de la cara presenta una erupción papulosa. Recuerda haber tenido un chanero sin precisar la fecha. Wassermann positiva.

Tres inyecciones de enesol intravenosas de dos centímetros cúbicos aumentan intensamente los signos oculares. Punción de la cámara anterior con amplia evacuación del humor acuoso, e inyección intravenosa de una ampollita de enesol de 0.15 centímetros de sustancia y se hacen instilaciones de atropina. El paciente pasa la noche más tranquila y al siguiente día nos encontramos la pupila ampliamente dilatada y el ojo en notable mejoría.

Ocho días después, ligera recrudescencia de los signos locales. Nueva punción de la cámara anterior, continuando las inyecciones fuertes de enesol alternadas con las de cianuro de mercurio. La mejoría se acentúa rápida y definitiva, dando de alta al paciente después de una serie bismútica de algunas semanas de tratamiento, con un ojo blanco, fondo ocular bien visible, pupila dilatada un poco irregularmente por alguna pequeña adherencia. $V = 7/10$. La erupción papulosa desaparecida.

Observación 2ª

Joven de 30 años de edad, empleado, nos consulta el 10 de octubre de 1935 por una afección del ojo izquierdo. Ojo profundamente enrojecido, pupila irregular con adherencias; cámara anterior turbia; precipitados corneales en la Descemet; fondo casi inalumbrable. Cuenta los dedos a dos metros con dificultad. Tensión normal. Dolores oculares moderados. Recuerda haber tenido una úlcera en el miembro dos años antes. Wassermann, positiva.

Tres inyecciones de neosalvarsán ascendentes no mejoran al paciente, aunque tampoco producen reacción local. Se practica una punción de la cámara anterior y se comienza una serie de inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio-enesol a dosis fuertes. Tres días

después, mejoría notable del enfermo. Continuación del mismo tratamiento durante cuarenta días, completado después por una serie de bismuto-coloidal; marcha el enfermo para Pánuco con un tratamiento oral, llevando su ojo blanco, la pupila dilatada; fondo ocular bien perceptible con ligero enturbamiento en la parte anterior del vitrio. $V = 6/10$.

A este paciente le volvemos a ver después de tres meses, habiendo mejorado aún más su estado local. Se le sujetó a un nuevo tratamiento bismútico.

Observación 3ª

Joven de 23 años nos consulta el 15 de mayo de 1935 por una afección del ojo derecho que le trata después de 20 días el médico de su familia. El órgano se encuentra intensamente rojo, con cámara anterior profundamente turbia, pupila dilatada irregularmente por un colirio de atropina. Fondo ocular difícilmente perceptible. Dolores de mediana intensidad. Ligera hipertensión. No recuerda haber padecido chanero y lleva actualmente una blenorragia en pleno escurrecimiento. Wassermann positiva. Se le ha tratado la blenorragia y la lesión ocular como del mismo origen, por medio de vacunas específicas. No obstante el dato serológico negativo, aplicamos al paciente una serie de inyecciones endovenosas alternadas de cianuro de mercurio-enesol a dosis altas, practicando desde luego una punción de la cámara anterior. Después de cuatro semanas el enfermo curó por completo de su afección ocular, habiendo tenido que alejarse de la ciudad por necesidades de su trabajo, con recomendación de continuar un tratamiento bismútico.

Conclusiones:

De este breve estudio podemos inferir algunas conclusiones:

1ª La medicación salvarsánica, espléndidamente rápida y eficaz en el tratamiento de la sífilis general, no ha eliminado al veterano mercurio en la terapéutica de la lúes ocular, sino a constituirse en su colaboradora.

2ª En el tratamiento de asalto de las inflamaciones agudas sifilíticas del nervio óptico y de la uvea-retina, la aplicación de los arse-

no-benzoles no deberá hacerse antes de los mercuriales o mercurio-bismúticos por los peligros que las reacciones locales intensas, con el empleo inmediato de los primeros, pueden constituir para la integridad de las estructuras y elevadas funciones del órgano visual.

3^a La punción de la cámara anterior del ojo en las irido-cielitis agudas de origen específico constituye en muchos casos un recurso excelente para favorecer la evolución rápida y favorable del proceso y facilitando el empleo de la atropina, medicamento de primer orden en la terapéutica de las inflamaciones irido-ciliares.

4^a La punción ántero-cameral del ojo no sólo deberá practicarse por accidente, según el consejo clásico en las irido-cielitis hipertensivas, sino también satisfaciendo estas dos indicaciones que nos ha enseñado nuestra práctica: una reacción local intensa de origen medicamentoso, la lentitud en la acción de la medicación específica.

Fiebre de Malta

LO OBSERVADO EN NIÑOS DE MEXICO

Por el Dr. Manuel Escontría*

Confinada a las islas del centro y oriente del Mediterráneo, por largos años la fiebre de Malta o no existió o fué su existencia desconocida en el Continente Europeo y norte de Africa. Poco a poco su aparición se fué haciendo ostensible en los litorales del Mediterráneo y en la actualidad su existencia **tierra adentro** es ya de tal magnitud, que se le ha dejado de considerar en Europa como una enfermedad exótica. El gran número de artículos que aparecen sobre la materia en publicaciones de medicina y la extensión que al capítulo en que se trata de esta enfermedad se da en las recientes obras de patología, nos revelan claramente el incremento que ha tomado. Este incremento en parte es real y en parte aparente, pues sin duda alguna que los actuales procedimientos de laboratorio que nos permiten diagnosticar este mal han hecho que lo señalemos en muchos casos que antes habían pasado sin un diagnóstico preciso.

* Leído en la sesión del 15 de abril de 1936.