

## Consideraciones sobre varios casos de catarata congénita.<sup>(1)</sup>

La catarata congénita es una afección relativamente rara, ya que según Gerok forma el 58 % del total de cataratas, según Luzardi el 35 % y según de Wecker sólo el 25 %. Si agrupamos todas estas cifras para obtener una estadística más extensa, veremos que según ellas, la catarata congénita representa el 37 % del total de cataratas. Sin embargo esta cifra es a mi entender inexacta, pues aun la proporción más baja, esto es la de Wecker, es para mí superior a la real, pues en la estadística de este último son muy abundantes las cataratas congénitas relativamente al número total de enfermos, por cuanto se cuentan entre 40,000 enfermos 125 cataratas congénitas, esto es el 3 % de enfermedades oculares, lo que en mi opinión es superior a la realidad.

De todas las variedades de catarata congénita las que se ven con mayor frecuencia son las llamadas zonulares, por lo que aun admitiendo la realidad de las cifras antes expuestas, resulta que las demás variedades de catarata congénita son afecciones verdaderamente raras.

Habiendo tenido ocasión de observar en poco tiempo una serie de cataratas congénitas que presentan particularidades respecto a lo que estamos acostumbrados a ver, he creído que tal vez sería interesante para los dignos académicos que me honran encuchándome, hacer algunas disquisiciones sobre dichos casos, consideraciones que tal vez puedan servir para proyectar un poco de luz en las controvertidas cuestiones de patogenia de dicha afección.

Veamos primeramente los casos en cuestión.

En el primer caso se trata de un caballero de 50 años de edad, natural de Buda-Pesth, hijo de padres normales y padre a su vez de 5 hijos también completamente normales, teniendo además varios hermanos que no presentan tampoco ninguna anomalía. Miopía y astigmia miópica de ambos ojos, corregida su ametropía su V 1/2 de lejos y N 2 de Wecker de cerca.

Por la inspección se encuentran ambas córneas, conjuntivas y párpados normales, fondo del ojo, ligero *croissant* miópico peripapilar, medios transparentes normales, excepto el cristalino; retina y coroides normales. El cristalino izquierdo presenta en su centro una opacidad de dos milímetros de diámetro situada en las capas corticales más superficiales y de un espesor menor que su diámetro. El cristalino derecho presenta también una opacidad algo mayor que la de su congénere, pero situada no ya centralmente sino en el cuadrante superior externo del cristalino.

El segundo caso se refiere a un joven de 22 años natural de Valencia, estudiante, de buena salud y buen desarrollo orgánico; su padre está vivo y sano, su madre, que tampoco presentaba ninguna anomalía, murió de sobrepeso; tiene varios hermanos sanos y normales. En dicho sujeto no se encuentra más anomalía en su aparato visual y en su organismo todo, que una ligera hipermetropía y una pequeñísima opacidad en su cristalino izquierdo; ésta es tan pequeña, que si no fuera por su intensidad hubiera pasado inadvertida al examen más detenido.

El tercer caso es el de un joven de 29 años natural de Barcelona, casado, hijo de padres sanos y vivos; tiene varios hermanos y ninguno presenta ninguna anomalía en su aparato visual, salvo uno de ellos que es ligeramente miope. Este joven es padre de un niño nacido a término y completamente normal. Hipermetropía bastante acentuada 5.50 dioptrías en cada ojo, corregida esta V 1/2 de la escala de Wecker. Además de esta hipermetropía presentaba cuando lo vi una conjuntivitis subaguda y un pterigion en el ojo derecho. En este ojo hay además una serie de opacidades puntiformes situadas aproximadamente en el centro del cristalino, alrededor de su núcleo y dispuestas en forma de C con la concavidad dirigida hacia la región nasal.

El cuarto enfermo es un niño, Francisco P., de 6 meses de edad; hijo de padres jóvenes y sanos. Estos a los dos días del nacimiento de su hijo observaron que presentaba un ligero grado de microftalmía y que la pupila derecha tenía un color amarillento color de aceite decían los padres. El orificio pupilar era al principio redondo y móvil y el color de la pupila fué cambiando progresivamente hasta adquirido el color blanco que actualmente tiene. Dicho niño no presenta ninguna otra anomalía mas que una ligera microftalmía, seclusión pupilar por sinequia posterior total, deformación de la pupila, la que es piriforme con la punta dirigida hacia abajo y adentro, cámara anterior disminuída de profundidad y opacificación total del cristalino.

Otro caso se refiere a la niña Mercedes F., de dos meses de edad, hija de padres jóvenes y sanos tiene varios hermanos completamente normales, su nacimiento fué de término, su gestación normal

(1) Entre los papeles del malogrado académico doctor Verderau se ha encontrado el siguiente estudio, que el autor dedicó a nuestra Corporación.

únicamente que a los 5 meses de ella su madre tuvo una intensa emoción causada por la muerte de su padre, abuelo de la niña. Al examen se encuentra normalidad absoluta de ambos ojos, excepto en los cristalinos que presentan las siguientes lesiones: Ojo derecho, opacidad puntiformal de 1/2 milímetro de diámetro situada en el cuadrante inferior externo. Ojo izquierdo, opacidad cristalina mucho más extensa, de una forma aproximadamente de un círculo incompleto que rodea el núcleo del cristalino. Esta niña presenta además otras anomalías orgánicas, como son la persistencia del agujero de Botal y un desarrollo muy inferior al que corresponde a su edad, pues que pesa tan sólo, a los dos meses, 3,400 gramos; según dicen sus padres, su estado es ahora mejor que durante el primer mes de su vida, en el cual su alimentación fué muy deficiente.

Finalmente el último enfermo era un niño, José P., de tres días de edad, hijo de padres jóvenes y sanos, que tenía un hermano de tres años perfectamente normal y desarrollado. Posteriormente he sabido que su madre había tenido otro hijo perfectamente constituido. Al nacer dicho niño, la comadrona notó que tenía 5 dientes móviles, a pesar de lo que no cayeron mientras vivió dicha criatura, la que murió a los 9 meses. Dicho niño presentaba un grado bastante acentuado de microftalmía, iris normal, pupila redonda y móvil, cristalino completamente opacificado. El niño era de término aunque pequeño, pues no pesaba más allá de 2 kilos ó 2 y 1/2. Como he dicho antes, este niño falleció de debilidad congénita a los 9 meses de edad.

Estos son los casos que en poco tiempo he visto; en ellos se observa en primer término la ausencia completa del factor hereditario, pues en ningún caso ni los padres, ni los hermanos, ni los hijos los que los tenían, presentaban ninguno de ellos catarata congénita. En el caso del niño P., no tan sólo su hermano mayor, sino su hermana, nacida poco tiempo después que él relativamente, no presentaban ninguna anomalía en el aparato de la visión.

El papel de la herencia en las cataratas congénitas ha sido sostenido por la mayoría de autores; von Ammon fué el primero que publicó un caso de catarata familiar congénita, dando gran importancia al factor consanguinidad. Hirschberg, Appenzeller, Pisenti, han citado otros casos en los que ésta existía. Groenow considera que la catarata familiar congénita puede aparecer bastante tiempo después del nacimiento, y en este caso la edad de aparición de la catarata es en cada generación cada vez más precoz.

En los casos que hemos relatado no se ve en ninguno de ellos no sólo el factor hereditario, sino que tampoco el factor consanguinidad, pues en ninguno de los casos los padres de los pacientes eran consanguíneos, por lo que aun admitiendo la teoría de la herencia y de la consanguinidad en la patogenia de las cataratas congénitas, no puede considerarse como factor indispensable y suficiente para la producción de esta anomalía.

Una particularidad digna de mención que se observa en algunos de los casos relatados aquí es la situación anormal de la opacidad; en efecto, como su mismo nombre lo indica, las cataratas polares están situadas en uno de los polos del cristalino, es decir, en el centro de una de sus caras. En dos de los casos descritos la opacidad está desviada; en el primer enfermo está situada en el cuadrante superior externo, en el quinto caso en el cuadrante inferior externo.

Otros dos casos también presentan una particularidad notable respecto a la forma de la opacidad; en el caso número 3 y en el caso número 5 la opacidad está formada por una serie de puntos más o menos próximos y más o menos confundidos que tienen una figura aproximadamente de un círculo incompleto que rodea el núcleo del cristalino, como si fuera una forma de transición entre la catarata punteada y la catarata zonular, por más que la mayoría de autores consideren una y otra como de muy distinta etiología.

El caso del niño José P. es también notable por una aparente contradicción. En efecto, el tamaño, el peso, la falta del completo desarrollo de los globos oculares, parecían demostrar una detención del desarrollo intra-uterino, mientras que la existencia de 5 dientes parecía deponer en favor de una hiper-maturación.

Finalmente, el caso del niño Francisco P. es realmente el más importante de esta serie y es altamente sensible no haber podido seguir su estudio desde los primeros momentos de su vida extrauterina. Este niño nació aparentemente sano excepto una ligera microftalmía, y a los dos días de su nacimiento se observó un cambio de coloración de la pupila y una deformación y una inmovilización de ésta más adelante. Evidentemente este niño sufrió una inflamación adhesiva del iris que dió por resultado la seclusión pupilar que observamos y la opacificación del cristalino. Estos fenómenos se desarrollaron en este niño poco después del nacimiento, pero si su parto no hubiese retardado algunos días y si su inflamación no hubiese sido tan intensa tendríamos la repetición exacta de lo ocurrido en el niño P. En estos casos, no es más racional atribuir la formación de la catarata a un proceso de inflamación ocular intra-uterina que a una anomalía de la arteria hialoidea o a una influencia hereditaria?

En este caso se ve palpablemente el mecanismo patogénico, mecanismo que se puso de mani-

fiesto por ocurrir el proceso fuera del claustro materno y que por analogía se ha de suponer que ocurrió otro tanto en los demás casos, sinó que en ellos el proceso ya se había desarrollado completamente antes de nacer el niño.

Sea como sea, en este caso está fuera de duda la existencia de un proceso inflamatorio, por haberlo visto desarrollarse y su observación nos permite observar, por la existencia de este, la patogenia de las cataratas congénitas.

En los demás casos relatados no hay más que diferencias de grado de intensidad y extensión de la opacidad cristalina, y si quisiéramos seriarlos desde el que presenta menor anomalía, casi ninguno, podríamos colocarlos en el siguiente orden:

Primero, caso número 2, joven de Valencia; segundo, caso número 1, caballero natural de Budapesth; tercero, caso número 3, joven de 29 años natural de Barcelona; cuarto, caso número 5, niña Mercedes F.; quinto, caso número 6, niño José P.; y sexto, caso número 4, niño Francisco P., los que así seriados se observa desde la casi normalidad con una opacidad cristalina casi invisible hasta la opacidad total del cristalino con huellas intensas de la inflamación del tractus uveal.

Dr. L. VERDERAU.

## Caso de absceso cerebeloso de origen ótico operado con éxito

POR EL DOCTOR LUIS SUNÉ Y MEDAN

(Comunicación a la Real Academia de Medicina de Barcelona)

Entre las complicaciones endo-craneales consecutivas a procesos ósteo-supurados del oído, los abscesos encefálicos constituyen una de las más graves y a la par interesantes, por ofrecer un síndrome generalmente poco definido y vago, origen de obscuridades diagnósticas, con todas sus consecuencias.

El absceso encefálico evoluciona con tal latencia e insidiosidad muchas veces, sin engendrar síntomas especiales de localización o de foco, que en la práctica es muy difícil, en múltiples ocasiones, llegar a una determinación definitiva para proceder a la abertura quirúrgica del cráneo con el fin deseado.

No es muy frecuente el absceso cerebral, pero quizá lo es menos el cerebeloso. No he de citar estadísticas, aparte de que no siempre se publican los resultados fatales de los casos observados. El que tengo el honor de exponer hoy, la alcanzado una feliz terminación y presenta tan especiales particularidades que considero un deber llevarlo a la consideración de la Academia, y no precisamente por el óptimo final obtenido, pues no hubiera dejado de ser muy interesante aunque la muerte hubiese sido el resultado ulterior del mismo.

### Antecedentes

Joven de 18 años de edad, hijo de un distinguido colega. Temperamento linfático. Constitución obesa. Sin antecedentes de familia dignos de mención. La historia patológica del proceso auricular, debemos considerarla para cada oído.

*Oído derecho.*—Hace 10 años, otitis media supurada, que se hizo crónica, formándose al cabo de 1 año un absceso mastoideo subperióstico que se resolvió espontáneamente. Caja timpánica y conducto llenos de fungusidades que se rasparon, quedando poco después un grado de sordera muy acentuado. Disminuyó la supuración, siguiendo así durante siete años, hasta que a mediados de agosto de 1914 formóse un nuevo absceso mastoideo, que se vació por sí solo por el conducto auditivo externo, quedando un trayecto fistuloso en la pared póstero-superior de éste, al nivel de las células limítrofes de la apófisis; con escasa supuración. La sordera permanece absoluta en este oído.

*Oído izquierdo.*—Dos años después de iniciado el proceso del otro oído, aparece en el izquierdo una afección análoga, que al cabo de un año se complica con una ósteo-periostitis mastoidea que tampoco hubo necesidad de operar. Transcurrieron cuatro años, manteniéndose rebelde la supuración hasta que se desarrolló un enorme absceso retro-auricular, que fué incidido; hallándose perforada la cortical y quedando más tarde una fistula ósteo-cutánea, a través de la cual se emplearon varios tratamientos antisépticos i cáusticos; evitándose la oclusión de la misma mediante tubos de drenaje de pequeño calibre. A los dos años cesa la supuración, se cierra el trayecto fistuloso, pero persiste la otorrea por el conducto, debido ello al foco de osteitis fungosa de la caja y ótico, la cual fué tratada durante largo tiempo con diversos tópicos. La audición no quedó muy comprometida. Hace un año, casi bruscamente,