Sesión científica del día 30 de junio de 1919

PRESIDENCIA DOCTOR CARULLA

Comentarios a propósito de un caso de iritis en un operado de glaucoma

POR EL DOCTOR M. MENACHO

En la práctica, abundan más de lo que vulgarmente se cree los casos interesantes, y es fácil hallar temas instructivos entre los que desfilan ante nuestros ojos con apariencias poco llamativas, con tal que sostengamos despierta nuestra atención. Pero hay algunos casos clínicos que merecen capítulo especial, porque de su análisis se desprenden enseñanzas que todos venimos obligados a divulgar, en bien de nuestros semejantes y para el progreso de la Clínica y consolidación de nuestros conocimientos.

Este preámbulo explicará que convierta un caso clínico en motivo de una comunicación, y, como me ha de servir de fundamento para las consideraciones que su estudio me ha sugerido, empezaré por relatarlo.

Don José P. M. de 40 años, del comercio, habitante en Alicante, me consultó el día 28 de febrero de 1918 por el obscurecimiento de la visión que se iba acentuando durante el último año, y que fué precedido por cefalalgias gravativas durante 10 años, sin que pueda precisar si había obnubilación visual. La visión ha llegado a ser tan deficiente, que apenas puede ir solo por sitios poco conocidos.

28-2-1918 } O. D. T=+2 } V=0,6 difícil
 } O. I. T=+2 } V=Dedos a 4 metros
 Con eserina { O. D. V=0,8 { M. 1,50 V=1 muy difícil
 } O. I. V=0,2 { No mejora.

Ambos ojos: Cámara anterior, profunda; sin atrofia del iris; gran excavación glaucomatosa de la papila. Campo visual considerablemente reducido, en particular los diámetros internos.

Diagnóstico. Glaucoma posterior, crónico inflamatorio.

Tratamiento.

O. D. Iridectomia.—O. I. Trepanación de Elliot con iridectomia.

20-3-1918 } O. D. 115°—1,50—2 V=0,6 difícil
 } O. I. 15°—1,50—3 V=0,3

El resultado material de las operaciones fué correctísimo, y regresó a su casa satisfecho, con sus lentes, que le proporcionaban una visión suficiente.

Es de notar, que el resultado fué mejor en el ojo trepanado, y que en conjunto decía, que había mejorado con la operación, porque se le había *ampliado* el horizonte, no porque viese más.

El 9-1-1919 vuelve a consultar, diciéndome que desde el día 3 del mismo sufre fuertes dolores en el ojo derecho. Como supo que se hallaba en su población, un oculista de Barcelona, conocido suyo, fué a consultarle y diagnosticó el síndrome como acceso glaucomatoso; le aplicó dionina en substancia que le produjo enorme quémosis; le aconsejó se instilase el aceite eserinado, y sobre todo, que se viniese al momento a Barcelona para hacerse trepanar el ojo derecho, ya que el ojo izquierdo, que era el trepanado, se mantenía perfectamente. Puso en práctica el consejo y se vino a Barcelona llegando el día 9, y pude observar las siguientes lesiones: O. D. Regular equimosis de la conjuntiva bultar (debido a la dionina), cámara anterior turbia, profunda, fondo inexplorable; cornea turbia pero sin altera-

ciones epiteliales; O. I. Sin fenómenos irritativos ni dolorosos; cámara anterior clara y profunda; la cicatriz de la trepanación y de la iridectomia, correctas; gran excavación glaucomatosa de las papilas.

$$\begin{cases} \text{O. D. T} = +0 \left\{ \begin{array}{l} 115^\circ - 1.50 - 3 \text{ V} = 0,1 \\ \text{O. I. T} = +0 \left\{ \begin{array}{l} 15^\circ - 1.50 - 1 \text{ V} = 0,2 \end{array} \right. \end{array} \right.$$

Juzgué por las apariencias (enturbiamiento y falta de hipertensión) que el proceso estaba circunscrito al iris, pero temiendo el empleo de atropina, por haber sido glaucomatoso, instilé adrenalina; prescribí la aplicación de una sanguijuela en la sien, y apliqué el electroión mercurio y fricciones mercuriales en la frente, como antiflogísticas, y, por si acaso existía hemorragia intraocular (que no era de presumir dada la ausencia de hipertensión) prescribí la ergotina. En cuanto a colirios, guardé al paciente bajo mi observación, un par de horas, y le instilé eserina, pero, como provocó dolor, me abstuve de miótics y midriásicos temiendo que lo que pudiera beneficiar aquella presunta iritis, pudiese provocar fenómenos glaucomatosos.

11-1-1919 O. D. Los fenómenos congestivos han disminuído; la depleción sanguínea debida a la sanguijuela, ha sido muy eficaz.

13-1-1919 O. D. Se forman dos nódulos en la parte inferior externa del iris junto al borde pupilar, que no pueden ser más que *gomas o tubérculos*, pero su aspecto es el de gomas; entonces interrogo al paciente, quien me dice, que hallándose de viaje en el mes de junio anterior, tuvo relaciones sexuales sospechosas, resultando que al cabo de un mes se presentaron manifestaciones, que su médico consideró de naturaleza sifilítica.

Orientado por estos antecedentes, prescribí dos uncciones mercuriales diarias, que al tercer día (el día 16) provocaron intenso ptialismo, que por cierto duró quince días, y gracias al empleo inmediato y constante de la tintura de yodo, etc., se pudo evitar una catástrofe, pues se inició con gran intensidad. Debo advertir que yo fui el más sorprendido con la presentación fulminante del ptialismo, porque el paciente se calló en absoluto hasta aquel momento todo lo referente al tratamiento seguido, y sólo me había comunicado lo referente a la infección sifilítica.

Entonces me explicó, que su médico le había propinado diez inyecciones de hectina y a continuación le prescribió el yoduro potásico; que en septiembre le dieron cuatro inyecciones de aceite gris; en octubre una serie de uncciones mercuriales, administrándole después yoduro potásico al interior, en cuyo momento le sorprendió la enfermedad actual.

Una vez impuesto de estos antecedentes me hice completamente cargo de que las seis uncciones practicadas en los tres días transcurridos, habían sido el complemento para la suturación de aquel organismo, que estaba suficientemente mercurializado, y que no obstante se desarrolló la iritis con bastante intensidad y se formaron dos gomas, lo que quiere decir, que la mercurialización no le puso a cubierto de una manifestación secundaria de la sífilis.

Y ahora he de retroceder 24 horas para ser fiel a la cronología, y decir, que el día 15 del mismo mes, o sea dos días después que en el ojo derecho, se presentaron dos gomas en el borde externo de la pupila del O. I. y le sometí también al electroión mercurio y no sobrevinieron fenómenos dolorosos aunque se inició el enturbiamiento de la cámara anterior.

Dire para terminar, que el análisis de orina manifestó la integridad renal; que los síntomas locales desaparecieron lentamente por completo, y que regresó a su casa habiendo recuperado casi por completo la visión, como indica la siguiente fórmula.

$$10-2-1919 \begin{cases} \text{O. D. } 115^\circ - 1.50 - 2.50 \text{ V} = 0,5 \text{ difícil} \\ \text{O. I. } 15^\circ - 1.50 - 2,00 \text{ V} = 0,2 \end{cases}$$

Los campos visuales quedaron como después de operado en febrero de 1918.

CONSIDERACIONES

Diagnósticas. El diagnóstico genérico de la enfermedad primera era evidente; era de los que no admiten discusión; se trataba de un *glaucoma*, incontestablemente. Pero, ¿de qué clase? Cuando yo veo el síndrome glaucomatoso y advierto que la cámara anterior es de mediana o grande profundidad; que el ángulo iridiano es real y no virtual; que el tejido del iris no está atrofiado, conservando su coloración normal y cierto grado de sinergia acomodativa y luminosa, y al mismo tiempo compruebo la excavación glaucomatosa de la papila óptica, con el correspondiente acompañamiento de reducción patognomónica del campo visual, irisaciones y obnubilaciones pasajeras de la visión, catalogo el caso

en la categoría de *glaucoma posterior*; y si para mayor precisión nos fijamos en las demás caracteres que revestía en su curso y manifestaciones, lo clasificaremos como *glaucoma posterior, de marcha crónica inflamatoria*.

Pronósticas. La marcha del glaucoma, pese a los múltiples recursos terapéuticos y quirúrgicos de indiscutible eficacia que tenemos a mano, tiene mucho de fatal, pues si frecuentemente yugulamos sus manifestaciones inflamatorias de diversa naturaleza, ya no lo es tanto que podamos interrumpir la marcha progresiva, aunque lenta, de la atrofia del nervio óptico con sus secuelas de reducción del campo y de la agudeza visuales. Evidentemente que me refiero a aquellos casos en que la aplicación del tratamiento adecuado pierde de su eficacia por aplicarse a destiempo, ya que cuando se acude con oportunidad, su acción suele mostrarse decisiva y permanente.

También quiero señalar el hecho de la gravedad que representa el grado de reducción del campo visual, que es la representación gráfica de la perturbación originada en la función del nervio óptico y su expansión terminal, la retina, por la inflamación (a veces) y por la compresión (más o menos constante) anejas al glaucoma. Me refiero más particularmente a aquellos casos en los que la reducción del campo visual (casi siempre en sus diámetros interno e infero-interno) casi alcanza al punto de fijación, en los cuales es sabido el peligro que va anejo a las intervenciones operatorias más eficaces (iridectomía y fistulización), pues expone a la pérdida del punto de fijación (visión central) y las perturbaciones consiguientes, que por su gravedad requieren fijar profundamente nuestra atención. Pues bien, en este caso, a pesar de la notable reducción de los campos visuales, en especial el del izquierdo, se toleró una operación fistulizante sin merma del campo visual, pues si bien más tarde se redujo un poco, hubo de por medio un motivo poderoso, cual el acceso de iritis que influyó para agravar la situación postoperatoria, que debemos juzgar a tenor de lo que revela el campo visual tomado después de la operación y no después del nuevo estado provocado por la iritis gmosa.

Yo he sacado de mi práctica una consecuencia, que creo definitiva, a saber: *que cuando el límite del campo visual está lindante con el punto de fijación, aunque sea en un solo punto, es peligrosísima toda operación fistulizante, peligrosa la iridectomía no fistulizante (sin enclavamiento), e inocua la esclerotomía; pero cuando los límites del campo visual están a más de 10° del punto de fijación, por reducido que esté en su totalidad se toleran bien las operaciones, incluso las fistulizantes.*

Y ésta es la ocasión de comentar el valor de la hipertensión, como uno de los síntomas más característicos del glaucoma. Glaucoma, viene a ser equivalente de hipertensión, por la frecuencia con que esta la acompaña, pero puede revestir diversas formas: en cada una de las variedades del glaucoma agudo, la hipertensión se manifiesta constantemente en grado mayor o menor, aunque cesa en los intervalos de calma que se presentan en alguna de las formas que reviste; pero en el glaucoma crónico, la hipertensión es más moderada y va seguida de largos intervalos de normalidad relativa (forma crónica inflamatoria). Hay, no obstante, la forma crónica simple, en la que la hipertensión no se manifiesta, o cuando más reviste forma tan fugaz y grado tan remiso que suele pasar inadvertida aún para un observador atento, y son precisamente tales casos los que han servido de discusión para inquirir si se trata de atrofia del nervio óptico con excavación de forma glaucomatoide de la papila, o de glaucomas sin hipertensión. Este asunto queda aún por resolver en teoría, pero en la práctica, el conjunto sindrómico, principalmente la tendencia a la reducción especial del campo visual, entre los objetivos, y las irisaciones fugaces entre los subjetivos, son elementos bastantes para afirmar nuestro diagnóstico.—En conclusión, la hipertensión, en el glaucoma, es signo que nunca falta en las formas más o menos agudas, y sólo en algunos casos de la forma crónica simple puede ser dudosa su existencia. Y ahora, aplicando este razonamiento a nuestro caso, diré, que el efecto hipotensivo de las operaciones practicadas quedó de manifiesto por el hecho de haber soportado ambos ojos un ataque de iritis con síntomas bastante agudos (en particular el O. D.) sin manifestaciones glaucomatosas.

Terapéuticas. También se presta este caso a consideraciones relativas a la eficacia comparada de la iridectomía y la trepanación, por el hecho de haberlas aplicado a ojos de análogas condiciones anatómicas aunque en distintos periodos de la enfermedad. Y referente a este punto concreto, diré que comparando, los campos visuales que se trazaron durante el tratamiento, se llega a la conclusión de que la mejoría mayor se obtuvo en el ojo trepanado, que era precisamente el peor, como lo demuestran la agudeza y el campo visuales.

Y aquí es necesario recordar que tanto la iridectomía simple del ojo derecho como la iridectomía con trepanación del ojo izquierdo, quedaron correctísimas, en el sentido de que no se apercibía ni el más ligero enclavamiento de los ángulos iridianos en la cicatriz; y acentúo esta circunstancia, porque mi Maestro el doctor Wecker, y otros tras él, han observado el hecho de la mayor eficacia de las iridectomías en las que subsiste un cierto grado de enclavamiento, que da origen a una cicatriz, que él llamaba filtrante y que en realidad parece serlo, por más que yo creo que *las verdaderas cicatrices filtrantes son las quísticas, y no puramente las ectásicas, pues entre éstas hay algunas en las que el tejido*

de cicatriz engloba tejidos pigmentarios (uveales) y esto no obstante, la cicatriz es dura, seca. Atendiendo a esta circunstancia, cada vez va ganando partido en mi ánimo la fistulización metódica por el procedimiento de trepanación, aunque reconozco que la acompañan ciertos peligros, cual la eventualidad de una infección remota efectuada a través de la cubierta conjuntival; por más que no haya tenido ocasión de ver ningún caso en mi práctica, pero creo que queda compensado por el menor peligro de complicaciones durante el acto operatorio y durante el trabajo de cicatrización subsiguiente.

No habrá pasado inadvertido un detalle capital de la historia clínica que sirve de fundamento a estas consideraciones y que no pude apreciar sino a *posteriori*, por haberme ocultado al principio los antecedentes necesarios para apreciarlo. Me refiero a la curiosa circunstancia de sobrevenir una lesión sífilítica secundaria (pues yo creo que el goma del iris es una lesión secundaria) en un estado próximo a la saturación mercurial del paciente en cuestión. Y sin embargo, se dirá: ¿cómo hallándose el organismo en un estado próximo a la saturación se fraguaron tan exuberantes manifestaciones sífilíticas, y porqué con un pequeño aumento de mercurio desaparecieron con tanta rapidez? A esto responderé que la depleción sanguínea producida por la sanguijuela fué de una eficacia y oportunidad soberanas; que fué seguida de la aplicación de ventosas, que aumentaron la substracción de sangre, y que la aplicación del ion Hg. contribuyó al resultado terapéutico; pero no quiero pasar en silencio la influencia que debieron ejercer las unciones mercuriales, pues soy un convencido de su eficacia, como lo demuestra el hecho de habérselas prescrito. Debo afirmar aquí (sin tener la intención en este momento de parangonar el valor relativo de los diferentes tratamientos y formas propuestas para combatir las manifestaciones sífilíticas), que en los individuos cuya piel se presta a la absorción del Hg. el procedimiento de las unciones es muy eficaz y no merece bajo ningún concepto pasar al arsenal de lo inútil, pues aunque limitadas, tiene sus indicaciones, y dejo esta cuestión reducida a la categoría de un inciso, porque no es mi propósito ahondar en ella, en la que mucho podría decir como resultado de lo visto por mí en las Clínicas de Fournier, Martineau y Soler Buscallá, allá en mis mocedades.

También es de notar el equivocado concepto que debió formar de la eficacia relativa de la iridectomía y de la trepanación el oculista que le visitó accidentalmente, pues tomó la iritis por un nuevo ataque de glaucoma y le aconsejó se sometiera a la trepanación «que tan buen resultado le había dado en el ojo izquierdo», y sin embargo, ya hemos visto que afortunadamente no llegó a presentar ningún síntoma de glaucoma; antes bien, que soportó valientemente tan ruda prueba que sirvió para confirmar su eficacia absoluta.

Para terminar, repetiré que el hecho de presentarse la iritis gomosa en un ojo operado por glaucoma, sin provocar un nuevo acceso de hipertensión; el desarrollarse una manifestación sífilítica secundaria en un individuo casi saturado de mercurio; el haber curado la iritis sin dejar sinequias, no habiendo recurrido más que a la mercurialización y a las emisiones sanguíneas, prescindiendo de los midriáticos, y la confirmación de la eficacia innegable de la iridectomía, son circunstancias que merecen la pena de consignarse por la enseñanza que de ella se desprende.

Sesión científica del día 30 de junio de 1919

Los estados septicémicos paragrippales

POR EL DOCTOR D. JOAQUIN TUIXANS

(Leída por el doctor COROLEU)

La última epidemia de gripe, sufrida durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 1918, ha contribuido con la brutalidad de su experiencia a que un gran número de trabajos bibliográficos recientes hayan aportado muchos y valiosos documentos nuevos. ¿Es que la historia expositiva y estudio clínico de los *estados gripales* se ha revuelto del todo? No lo creemos, a pesar de los contradictorios trabajos que la prensa médica, ha dado a la publicidad. En efecto, hay una cosa que resulta constante, invariable casi en la patología infecciosa, como en todas: la clínica. Digase lo