

Moreno y Zancudo (D. Eduardo

Memorias presentada
por

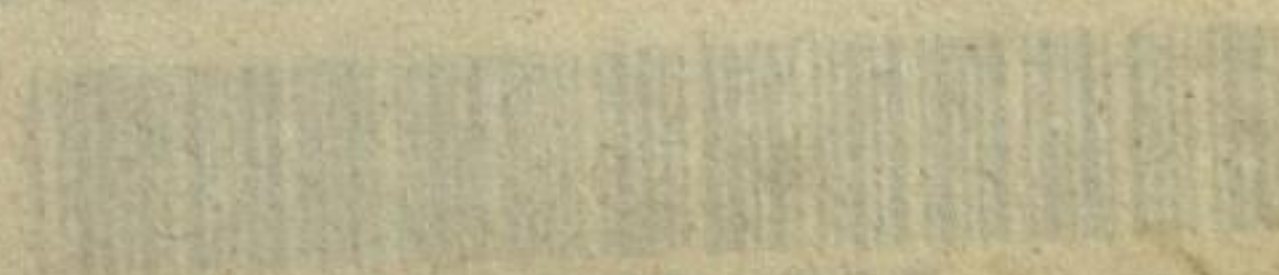
Eduardo Moreno y Zancu-
do, para practicar los
ejercicios del grado de doc-
tor, en la facultad de Me-
dicina.

Junio - 1873

4053

(91)

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315701835

De la oftalmia simpática
o refleja

b 19212872



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5316701995

Almo Sr.

Si es cierta la opinion de
un celebre literato inglés que creia
que las primeras palabras eran
siempre las mas difíciles, aun pa-
ra los hombres mas conocedores del
lenguage, figuras que obstáculos tan
considerables no presentarán al que
como yo, reúne á la escasez de co-
nocimientos científicos y literarios, el
poco, ó ningun hábito de escribir
para ser juzgado por hombres cu-

por profundos conocimientos les han da-
do una tan alta importancia en
la ciencia de Hipócrates.

Grande es, en verdad, el desar-
rollo que todas las ramas que com-
ponen esta vastísima ciencia, han
adquirido durante el transcurso de
este siglo; pero muy pocas o nin-
guna puede rivalizar con la o-
culística que, conocida de una ma-
nera imperfectísima y hasta gro-
sera no hace todavía muchos años,
es hoy el orgullo de la cirugía.

Desde que a su estudio co-
menzaron a aplicarse los diversos
conocimientos físicos y químicos y,
sobre todo, desde el célebre descubi-
miento de Helmholtz, que por vez

primera explicó la oscuridad del fondo
del ojo, dando origen a la construc-
ción de ese tan precioso instrumen-
to para el oculista, que se llama
oftalmoscopio, el desarrollo de es-
ta rama de la cirugía ha ido in-
menso.

A la invención de este ins-
trumento, sucedió una verdadera
revolución en la oftalmología,
pues empezaron a distinguirse
un sin número de afecciones, que
hasta entonces habían ido con-
fundidas bajo el nombre de ~~cunera~~
~~coris~~ o gota serena. El grado de
perfección a que el estudio de las
afecciones oculares ha llegado hoy,
es tal, que es preciso dedicarse
casi exclusivamente a él para

poder estar á la altura de los conocimientos mas modernos.

Si bien es cierto que todos los puntos que la oculística abraza son de gran interés, parecemos las oftalmias uno de los mas capitales, y entre ellas, la simpática ó refleja p.^a en frecuencia, gravedad, y sobre todo, por hallarse tan poco vulgarizada entre los prácticos es á no dudarlo, una cuyo estudio ofrece una gran importancia.

El exigir esta temible enfermedad p.^a en curacion la extirpacion del globo ocular, hace necesario el detenernos en la descripcion de esta operacion, la mas trascendental de cuantas puede practicar el of-

talmoólogo.

Cuando á consecuencia de un golpe, ó por otra causa traumática cualquiera, se pierde la vision total ó parcialmente en el ojo lesionado y al mismo tiempo se presentan trastornos profundísimos tanto físicos como fisiológicos, en el ojo del lado opuesto, se presenta un estado patológico, conocido bajo el nombre de oftalmia simpática p.^a uno, y refleja p.^a otro.

Observada esta variedad de las oftalmias hace ya algunos siglos, no habia sido descrita hasta MacKenzie, al cual han seguido otros muchos y notables autores, siendo apenas de esto una de las afecciones oculares mas

oscuras.

Son las principales teorías que existen acerca del modo de desarrollarse esta enfermedad: la de la simpatía y la de la reflexión.

Apoyándose Mackenzie en la sinergia que los globos oculares presentan entre sí en el estado fisiológico, creía que el fenómeno morboso era debido a la simpatía que entre las diversas partes que forman cada uno de los ojos existe, creyendo por esta razón deber darle el nombre de simpatía, puesto que solamente a un fenómeno de simpatía entre los dos ojos, se debía el desarrollo de esta oftalmía.

Otra excitación que parti-

9

endo de los nervios sensitivos del ojo, ha sufrido la acción de la causa traumática, y en particular del círculo ciliar, se transmite al centro cilio-espinal u óculo-espinal, produciendo necesariamente p.^{ta} reflexión, profunda alteración en los nervios motores de los dos ojos, y, por consecuencia, trastornos considerable en el ojo no sometido al accidente traumático, puesto q.^{ue} el centro cilio-espinal es común a entrambos ojos.

Como a simple vista puede observarse, hallase fundada esta doctrina en conocimientos anatómicos fisiológicos puramente modernos.

Ahora bien; Cual de estas

dos teorías hemos de adoptar para
darnos una explicación mas com-
pleta de esta enfermedad. Si
fundásemos ^{en la energía} que ambos ojos presen-
tan en el estado fisiológico, cre-
yeramos con Mackenzie que el
desenvolvimiento de la oftalmia
era debido a un fenómeno sim-
pático, ejercido p.^a el ojo atacado
sobre el sano, tendríamos en buen
razón lógica que admitir que las
afecciones que en un ojo se presen-
tan las habremos de observar cons-
tantemente en el otro; así, una
keratitis del ojo derecho, había de ob-
servarse siempre en el izquierdo; Pero
ocurre esto por ventura? No en ver-
dad, pues si algunas veces pueden
notarse lesiones análogas en ambos

ojos, no sucede esto de una manera
tan constante, que deba conside-
rarse como una rarísima excepción
a la no presentación de la simpá-
tica. No puede p.^a otra parte con-
cebirse, que este fenómeno tenga
una especial predilección por
esta clase de oftalmia, de tal
manera que se manifieste siempre
en ella, y deje de hacerse con
bastante frecuencia en las de
mas afecciones oculares.

Por otra parte, las lesiones
del círculo ciliar, sitio en donde
se distribuyen los nervios sensitivos
con los que producen mas
comúnmente la oftalmia refle-
ja.

Por último; cuando hacemos

desaparecer la causa excitante
intirpando el globo ocular, vemos
desaparecer rapidamente, todos
los fenómenos desarrollados en el
ojo sometido a la oftalmia.

Estas reflexiones nos inducen
a creer q^{ue}, si bien la teoria de la
reflexion no satisfacen por com-
pleto el espiritu, son tan podero-
sos los argumentos que dejamos
expuestos, que hablen muy alto
en apoyo de esta doctrina col-
candola muy por encima de
la de la simpatia.

Estudiada ya siquiera haya
ido muy sumariamente las
dos principales hipótesis que
acerca del desarrollo de la of

4

Oftalmia refleja existen, pasaremos
a ocuparnos de sus causas, sín-
tomas, marcha y tratamiento.

Segun arriba dejamos consignado,
las lesiones traumáticas del globo ocu-
lar, como las contusiones, quemadu-
ras, heridas, cuerpos extraños intra-or-
bitarios & son las que mas comun-
mente las provocan, siendo entre to-
das estas las heridas del cuerpo ciliar,
las que ejercen una influencia ma-
yor que ninguna de las otras causas,
para la produccion de esta enfer-
medad.

Las heridas ~~heridas~~ hechas pa-
ra practicar la extraccion de la ca-
tarata, para la iridectomia, en
una palabra, todas las que en el
ojo practicamos con un fin tera-

pruritos, jamás dan lugar á la
presentacion de esta oftalmia.

Inútil nos parece decir, que
todas las edades, sexos y tempera-
mentos, se encuentran igualmente
se expuestos.

Presentase algunas veces,
á las 24 horas de haber sufrido
el ojo la accion del traumatismo,
otras al cabo de algunos dias ó se-
manas, y segun algunos autores,
pueden transcurrir uno y aun dos
años entre la aparicion de la of-
talmia, y el dia en que tuvo
lugar el accidente. Ordinaria-
mente, sobreviene á los 10 ó 12
dias de haber acaecido este.

En su primer grado, en el

que solo hay una pequeña altera-
cion de la vista, encuéntrase una
inyeccion conjuntival mas ó me-
nos intensa, la pupila dilatada
y con movimientos lentos y perero-
nos; al cabo de algunos dias, se in-
yecta tambien la esclerótica, y
se ve aparecer alrededor de la
cornea la zona ciliar. Con el
auxilio del oftalmoscópico, puede
entonces observarse una dilata-
cion é ingurgitamiento de las
venas: los bordes de la papila del
nervio óptico como en el estado fi-
siológico, p^o confundidos por el
frente rojo de la coroides, hiper-
miciada.

La tension ocular se halla

aumentada, y aplicando los dedos índices sobre el globo ocular se experimenta una sensación análoga a la que produce el glaucoma.

acompañada, frecuentemente, a la hiperemia de la retina y la coroides, la formación de pequeños vasos en el iris, que se encuentran bien pronto invadidos por exudaciones plásticas, cuya organización produce muy tarde las falsas membranas que obliteran el campo pupilar, y hacen adherirse el iris a la cristalóide anterior.

Durante este primer periodo, han podido notarse en un gran número de casos, alteraciones mas o menos considerables en la

consistencia del iris.

Obsérvese en el segundo periodo, reblandecimiento del globo ocular, pérdida de la contractilidad del iris, modificaciones sumamente variables en la coloración de este diafragma, opacidad de la córnea y el cristalino, diversas alteraciones del cuerpo vítreo, pero entre las cuales son las mas constantes el reblandecimiento y los cuerpos flotantes, organización de los productos plásticos y sus diversos estados de regresión y una alteración muy considerable de la visión que en algunos sujetos puede hallarse totalmente abolida al final de este periodo.

En el tercero y último, pre-

sentarse cambios múltiples y muy
manifiestos de los medios y las mem-
branas que forman el ojo: degenera-
ciones graves y cretaeas, de la
la cornea y el cristalino, con for-
macion de laminillas y depósitos
oseros y calcareos: encuenstranse, as-
demas, estafilomas, atropia del nen-
rio optico, y p.^o último se cita
do de consuncion del ojo que se
conoce bajo el nombre de tris o-
cular. La vision se halla aboli-
da p.^o completo en este periodo.

A estas gravisimas leio-
nes fisicas, acompañan constan-
temente trastornos fisiológicos
profundisimos, entre los cuales po-
demos citar el lagrimeo, la debi-

lidad y fatiga de la vision, las moscas volan-
tes, fotoprias, y finalmente la pérdida com-
pleta de la vista.

El dolor puede faltar en algu-
nos casos, pero en otros se presenta con in-
tensidad tal, que se hace insopor-
table para el desgraciado enfermo.

La oftalmia refleja presenta
ordinariamente una marcha invidiosa:
obervanse de tiempo en tiempo detencio-
nes en un curso que hacen concebir al-
guna esperanza al enfermo, esperanza
que no tarda mucho en desvanecerse
con la presentacion de nuevos ataques,
que terminan en definitiva por pro-
ducir una amiosis completa.

Es preciso, en la mayoria de
los casos, que tenga el cirujano
una completa y profunda convic-
cion de la existencia de esta oftal-
mia, para proponer al enfermo

una operacion de tan trascenden-
cia como la enucleacion del globo
ocular, cuando en la aparicion
solo existe una ligera afecion del
ojo. Lo unico que en semejante
caso puede servir de guia al oculis-
ta, son las alteraciones que obser-
ve en el ojo que no ha sufrido
primitivamente la accion del
traumatismo.

Cuando existe una abo-
lucion total de la vista en el ojo
que primeramente sufrió la causa
de la oftalmia, no podrá titubear
el cirujano en lo que debe hacer,
pues hallándose el enfermo con el
ojo perdido no puede oponer gran
resistencia a la operacion. Si el ojo
cede sin, y la falta completa de la vista no pre-

6. senta, es preciso tener mucho cuida-
do, y no olvidar nunca que en la
oftalmia refleja, a' lesiones físicas,
ligeras en la aparicion, pueden
corresponder gravísimas alteracio-
nes fisiológicas, y que estas altera-
ciones, siguen generalmente una
marcha mucho mas rápida en
el ojo sano que en el herido.

Cualquiera que sea el periodo
y la intensidad de la oftalmia, ningun
alivio podremos obtener con los remedios
farmacológicos; es siempre necesario prac-
ticar la enucleacion del ojo: pero presen-
tamos a' proposito de esta operacion, una
cuestion muy interesante para el oculis-
ta; Debe hacerse la extirpacion total
o parcial del globo ocular? Cuando ha-
yamos descrito los procedimientos opera-

poner para practicar una y otra, nos
ocuparemos de esta cuestión.

Consiste la extirpación del
globo ocular, cuando se hace parcial-
mente, en la ablación ~~en la ablación~~
del hemisferio anterior del ojo: es
indudablemente una de las operacio-
nes mas sencillas: con tenáculo y u-
nas tijeras curvas, bastará practicarla.

El procedimiento de Critchett, que
es el que ordinariamente se sigue, consis-
te en hacer la sección del hemisferio
anterior del globo ocular, por delante de
muchos hilos parados anteriormente a
traves de las membranas, y hacer en-
seguida la sección inmediata atan-
do los cabos de los hilos correspon-
dientes.

7 ; Pero es suficiente la resección parcial pa-
ra detener la marcha invivora de la of-
talmia. Si dejamos dicho mas arriba,
que el punto de partida de la enfer-
medad se encuentra en la zona ciliar,
donde se ramifican los nervios que pro-
ceden del ganglio oftálmico: evincien-
do pues, esta zona, parece muy natu-
ral que la oftalmia habia de detener-
se en su marcha: pero es necesario
que tengamos en cuenta, que se dejan
en el muñon una retina y una corioi-
des profundamente alteradas, que po-
drían originar lesiones tan graves co-
mo el flemón de la región ocular pos-
terior, accidente tan temible y que tan-
tas veces se ha observado; y aun podría-
ver del todo inútil la operación, p.

la continuacion de la oftalmia.

Cierto es que la extirpacion parcial es mas facil que la enucleacion, y que el munon que por este medio se obtiene, es mas favorable p^a la colocacion de una protesis; pero la extirpacion del hemisferio ant^r puede ser no solo ineficaz, sino hasta peligrosa. En una tesis presentada por Rouleau, se encuentra el caso de un cirujano que habiendo practicado la extirpacion parcial, tuvo necesidad de hacer mas tarde la enucleacion del ojo, y apesar de esta y de una iridectomia hecha p^r Perrin quedo completamente ciego el enfer-

mo.

Como vemos, no tiene la extirpacion parcial sobre la total otra ventaja que la de dejar un munon, al cual puede adaptarse mejor una protesis: pero no creemos esta una razon suficiente p^r practicarla. Cuando al mejor éxito de una operacion pueda inmiscuirse la belleza, en buen hora que el cirujano se esfuerce p^r conseguirla; pero cuando para obtener esta sea necesario poner en grave riesgo un organo tan importante como la vista, no creemos que ningun cirujano mediusamente prudente se atrevera a hacerlo. Ademas, mas practicando la enucleacion

por el procedimiento que indica-
remos, puede obtenerse un muñon
al cual puede perfectamente a-
daptarse una buena prótesis.

Dividire la cavidad orbitaria,
en dos receptáculos distintos; uno
anterior ocupado por el globo del
ojo, y otro posterior destinado a una
almohadilla gruesa, a los vasos, ner-
vios y músculos del ojo: estos dos
receptáculos se encuentran separa-
dos el uno del otro, por la hoja ocu-
lar de la aponeurosis orbitaria. Es-
ta disposición anatómica, señalada
principalmente por Ferrius,
es de un gran interés para el
patólogo y el operador. La in-

flamación del receptáculo posterior
constituye el flemón orbitario, que
como sabemos, va siempre acompa-
ñado de accidentes bastante temi-
bles: el bisturí, no debe pues pe-
netrar en este sitio mas que para
extirpar los tumores que hayan
invadido esta region.

Bonnet, de Lyon, es el pri-
mero que ha tenido en cuenta esta
disposición anatómica para praec-
ticar la enucleacion del ojo, y su
procedimiento, que es el que mas
comunmente se sigue lo describe

Malgaigne del siguiente modo:

Separados los párpados, con-
táense los conjuntiva y el mús-
culo recto interno, con los mismos

precauciones que en la operacion del exorbismo: pareciuse después por entre la herida unas tijeras y haciéndolas penetrar entre la esclerótica por una parte y en se la cápsula fibrosa y los músculos p.^{tes} tras, se cortan todos los músculos rectos p.^{te} su insercion en el ojo. Después de esto, solo queda dividir los músculos oblicuos y el nervio optico. Extirpando el ojo de esta manera, no se interese ningun vaso, nervio exterior, ni se toca el tejido adyacente.

Este método es bastante difícil de practicar, y ha sido modificado con bastante ventaja

ja p.^{te} Richet, cuyo procedimiento varia muy poco del propuesto p.^{te} Hillaux que es el que ahora vamos á exponer.

Separando los párpados con un blefarotomo, y mejor aun con los dedos de un ayudante, se eleva p.^{te} medio de unas pinzas la conjuntiva y se divide circularmente alrededor de la cornea; siguiendo la superficie esclerótica, se corta el tendón del recto externo: imprimiendo después movimientos de traccion hacia dentro por medio de una pinza, se dirigen las tijeras hacia atrás y se recciona el nervio optico á su entrada en el ojo. Logrando des- pues con unas pinzas el segmento posterior del globo ocular se hace

bascular a' estos de atrás adelante
a' través de la herida conjuntiva
val, hasta que el segmento pos-
terior se haga ant.^o. Los mien-
rectos y oblicuos se encuentran de
esta manera extendidos sobre
la esclerótica y puede cortarse
con una gran facilidad al ni-
vel de su insercion, quedando
la operacion terminada.

Por su sencillez, sorpren-
dente y por dejar intacta la bo-
ga ocular de la aponeurosis or-
bitaria, parecemos este procedi-
miento preferible a' cuanto se
nos ha propuesto hasta el dia.

Así son, Amos Sr. los
señales, sintomas y tratamiento

de una afeccion ocular tan oscura
todavia, que se llama oftalmia
simpatetica o refleja, cuyo estu-
dio, apesar de su gran impor-
tancia se encuentra tan olvi-
dado p.^o los prácticos.

Inte y no otro, ha sido
el motivo que me ha movido
a' elegirla como tema de esta
proble y mal coordinada me-
morias. Si con ella conseguiera
llamar la atencion, siquiera
fuera por un solo instante, de
los prácticos sobre este tan im-
portantísimo punto de la ocu-
listica, seria resarcido con cre-

el trabajo que en su elabora-
cion he empleado.

Nay si, como es seguro,
ni aun esto hubiera consigui-
do, culpare a la escasez de
mis conocimientos y a la po-
breza de mis dotes intelectua-
les, pero nunca al buen deseq.
me anima. He dicho.

Eduardo Moreno
y Llanudo

