

~~Albera Alvarito~~

Nº 1357

81-B-A-nº 4-

La Ostralmia simpática.

α. 2454
(1357)

Tema que, para el grado
de Doctor, desarrolla el Licen-
ciado en Medicina y Cirugía.

Don

Rogelio Moreda Alvarino.



Madrid 12 de Mayo 1897

La Oficina de Estudios

Comisión de Estudios

de Estudios de Historia

de la Universidad Complutense

de Madrid

de la Universidad Complutense



618130100
12478073x

Exmo Señor.

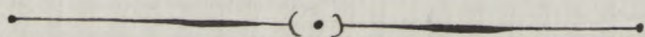
Señores.



Únicamente el cumplimiento de un deber reglamentario, puede disculpar a los que aspiran a la alta investidura del Doctorado, el presentarse ante vosotros, para exponer un punto de las Ciencias Médicas, careciendo - cual a mi me ocurre - de las condiciones indispensables para tan difícil empresa. Pero el conocimiento íntimo que tengo de la ilustración del Tribunal que ha de juzgarme, es lo

bastante, para que abrigue las esperanzas de
toda su benevolencia, al concepto que me he
formado de la *Oftalmia simpática*, que
he elegido como tema de mi obligado discurs-
so en este solemne acto.

Capítulo I.^o



Entre los distintos conceptos formulados acerca de la *Oftalmia simpática*, encuentro muy claro el pensamiento de C. Abadie (1), que la define de este modo: La *Oftalmia simpática*, es el conjunto de trastornos funcionales ó tróficos, que pueden provocarse en un ojo, por un padecimiento traumático ó espontáneo, realizado en el opuesto. Pero más amplia todavía, y de un concepto mas general, es la afirmación, que respecto á este padeci-

(1) *Traité des maladies de yeux* - Paris - 1876.

niento, hace Rosander de Stockholm⁽²⁾,
diciendo; que cualquiera que sea la afección
de un ojo, puede determinar en el congénere,
accidentes de toda forma y naturaleza, des-
de simples trastornos funcionales, hasta vi-
vas inflamaciones, constituyendo así la
Oftalmia.

La importancia que tiene el es-
tudio de esta afección es grande; pues bas-
ta que consideremos que, por ella, algunos
enfermos pierden totalmente la visión, man-
do ya en el otro se ha abolido por completo;
y, casos se registran también en que, tenien-
do el padecimiento una iniciación insidio-

(1) Contributions à l'étude de l'ophth-sym-
pétique. Nord. med. Archiv. tome VIII-Stockholm.

sa, si una atenta observación no la descubre pronto, ya es inútil el querer combatirla, colocándonos en el triste caso, de proceder á una mutilación, que se ve rodeada además de las naturales oposiciones de un enfermo, que desconoce su necesidad.

Muchas son las descripciones que se han hecho de la *Oftalmia simpática*, y si para el modesto trabajo que acerca de este tema, puedo yo hacer, hubiera de tener en cuenta todo lo que con este motivo se ha dado á la estampa, no solo me impondría una labor superior á mis fuerzas, sino que daría margen, á la mayor de las confusiones, mezclando síntomas que han podido observarse muy raras veces, con otros re-

petidísimos y comprobados por distinguidos Oftalmólogos. Fundándonos, pues, en esta consideración, admitire en la *Oftalmia* que nos ocupa, *formas excepcionales y formas comunes*, fijando mi atención en estas últimas, como bases de deducción, por lo mismo que lo anómalo y excepcional, nunca puede servirnos de fundamento para nuestras conclusiones. Pero no por esto, prescindiremos en absoluto de las primeras, que á grandes rasgos también describiremos.

Formas comunes.

Las clasificaremos en tres grupos.

1.^o *Irido-ciclitis simple*

2.^o *Irido-ciclitis plástica*

3.^o *Irido-ciclitis serosa*

Primera forma. Está representada solo por trastornos funcionales, sin que nuestra vista ni el oftalmoscopio, nos revele alteraciones de estructura, y se inicia el padecimiento, con un estado irritativo del *tractus uveæ*. Y que esto es así, nos lo prueban las alteraciones que observamos con el oftalmoscopio, cuando el padecimiento se hace duradero.

Recordando la importancia que hemos dicho que tenía para los enfermos, el descubrir pronto la *oftalmia*, se comprendería perfectamente, lo que interesa al Médico, el conocer los síntomas de esta forma simplemente funcional, sin esperar las alteraciones tróficas, que en muchos de los casos la ha-

gan irremediable.

Cuando observemos en un ojo, alguna de las lesiones que mas adelante describiremos, con el señalado carácter de producir la *oftalmia simpática* en su congénere, y se nos quejen los enfermos de que en éste sienten neuralgias ciliares, espontáneas ó provocadas por la compresión del párpado sobre la línea de inserción de la córnea con la esclerótica, es motivo bastante, para que sospechemos la probable iniciación del padecimiento en el ojo sano. Otras veces, estas neuralgias, se revelan por accesos de dolores intensísimos en los filetes de la rama oftálmica, y hasta invaden la maxilar superior, coincidiendo con ellas alguna in-

yeción romular peri-keriática, fotofobia y lagrimeo, estrechamientos del campo visual y alguna dificultad en la visión, por paræsis del músculo ciliar.

Sometidos los enfermos à un tratamiento apropiado, y aun algunas veces espontaneamente, suelen desaparecer por algun tiempo estos síntomas, restableciéndose el ojo enfermo; pero desgraciadamente, tambien suele ocurrir, que el alivio sea poco duradero, y que se reproduzcan los mismos síntomas, ya sin causa apreciable, ò provocados por un excesivo trabajo de la visión; y sobre todo, cuando el ojo simpatizante, sufre una exacerbación en su padecimiento. Otras veces, el cuadro de síntomas, se simplifi-

fica bastante, y no observamos más señales de enfermedad que, una disminución gradual de la visión en el ojo sano, que llega hasta la *amaurosis*.

El oftalmoscopio - como ya hemos dicho en un principio - no descubre nada en el fondo del ojo; pero, por desgracia, es bastante frecuente, que no se hagan esperar mucho otros trastornos, y completándose, por decirlo así, la enfermedad, entra ya de lleno en la forma que vamos à describir.

Segunda forma. Oftalmia con síntomas de Irído-ciclitis plástica.

Para que la descripción de esta forma de *Oftalmia*, resulte lo más clara posible, dividiré sus síntomas, en Objeti-

vos y subjetivos.

Síntomas objetivos. Procediendo en nuestro examen, de dentro afuera, se observa; inyección refticular de la retina: el iris ha perdido su brillo natural, y, debido al aumento de su vascularidad, se encuentra enrojecido, hasta el extremo, de que podemos apreciar sus vasos, si los observamos con una lente fuerte: se notan además en él, algunos depósitos plásticos, que ocasionan mas tarde, las sinequias posteriores: la pupila es irregular y perezosa, por consiguiente, y vá perdiendo su color negro brillante. Mas tarde, llega á opacificarse el cristalino. Con el oftalmoscopio, se observan en el humor vítreo, unas masas flotantes,

en forma de estrías rojizo-oscureas, y el fondo del ojo lo vemos nebuloso, sin que podamos apreciar detalladamente los contornos de la papila.

Síntomas subjetivos. Lo

primero que sienten los enfermos, es una gran dificultad para fijarse en los objetos: tienen además dolores ciliares, que se exasperan en alto grado, ejerciendo una presión sobre el ojo à través del párpado: la visión se vá debilitando gradualmente, y esta disminución de la agudeza visual, unido al obstáculo que producen los depósitos plásticos del vítreo, nos explican el porque los enfermos, vean los objetos como à través de una nube, y que más tarde pierdan por

completo la vista.

En el curso de la enfermedad, pueden presentarse hemorrágias coroideas, reblandecimientos de vitres, despegamientos de retina; cuyos trastornos pueden provocar accidentes generales, como la fiebre, trastornos gástricos, el delirio etc..., que no solo acaban por ocasionar la atrofia del ojo, sino que pueden comprometer la vida de aquellos enfermos de débiles energías.

*Tercera forma. Oftalmia,
con síntomas de Irído-ciclitis serosa.*

Græfe afirma que, esta forma de Oftalmia es muy frecuente; pero otros Oftalmólogos, creen lo contrario; y si hemos de seguir á la mayoría de los oculistas, tenemos

que considerarla mucho mas rara que la forma anterior.

El padecimiento se significa por sintomas que, para mas claridad, dividiremos tambien, en *objetivos* y *subjetivos*.

Sintomas objetivos. La dureza del ojo - que podemos apreciar por la compresión à través del párpado - está aumentada, lo cual nos revela el aumento de tensión intra-ocular. Existe además, inyección conjuntival peri-kerática: en el humor acuoso, no observamos nada especial; está perfectamente trasparente; pero la cámara anterior está agrandada; el iris está perezoso ó inmóvil y descolorido: hay enturbiamiento de la membrana de Descemet; y el

cristalino está trasparente. Con el Oftalmoscópio, se observa que, la papila está escavada, ó simplemente deprimida, en relación con la mayor ó menor antigüedad del mal; y que la coroides, está algo inyectada.

Síntomas subjetivos. Dis-

minución rápida de la visión, que llega á perderse por completo; dolor intenso en la región ciliar, que se irradia á la peri-orbitaria y temporal; hay además propulsión del ojo hacia fuera, que se acentúa á veces, formando un verdadero estafiloma esclerotic; y por último viene la atrofia del órgano.

Como vemos, la terminación de la enfermedad, es funesta, si el tratamiento no

interviene oportunamente; y respecto à la duración, podemos decir que es variable; pero que siempre suele durar más que la forma plástica.

Si fijamos nuestra atención en esta forma de *oftalmia simpática*, se notará el gran parecido que tiene con el *glaucoma*; pero si bien es verdad que no puede negarse el parentesco de lesiones en ambas enfermedades, habré de recordar con este motivo, una de las afirmaciones que, para establecer el diagnóstico diferencial, hacía el ilustrado y distinguido Catedrático de *Patología quirúrgica* de la Universidad Compostelana Dr. Jeremias (q. e. g. e.) ^{malogrado é} We-
ría el inolvidable maestro; si el examen del

enfermo, lo practicamos con alguna detención, siempre comprobaremos que el glaucomatoso, ha sido antes artritico, reumático, dispepsico ó hepático. *Recluz* (1) dice: que hace falta una predisposición anterior para padecer de glaucoma. Ahora bien; si ésta predisposición existe en un enfermo, que padezca de *Oftalmia simpática*, no debemos extrañar que, la forma sea glaucomatosa, dado el gran parecido de lesiones, de que ya hemos hablado. El hecho, sin embargo, suele ser bastante raro, y *Graëfe*, solo cita un caso bien probado.

Las tres formas de *Oftalmia simpática*, que creo haber descrito del modo más gráfico y conciso, serán sin duda alguna las

(1) *Des ophtalmies sympathiques - Paris - 1878.*

que el práctico observe con mas frecuencia, y las que le han de obligar al empleo de un enérgico tratamiento; pero para completar el cuadro que me he propuesto hacer, voy nada más que, á mencionar algunas formas raras de esta *Oftalmia*.

- We Graëse (1), Galzowski (2) Dolbeau (3) Mooren (4) y Rheindorf (5), citan algu-
- (1) De Graëse = *Archiv-sur Ophth-et Ann d'ocul.*
tome L IV.
- (2) Galzowski = *Sur une forme particuliere d'opht. sympathique anterieure.* (*Recueil de Ophthalmologie* - 1874.
- (3) Dolbeau = *De l'ophtalmie sympathique* -
Union med. se Paris - 1886.
- (4) Mooren = *Ann. d'ocul.* Tome L XIII.
- (5) Rheindorf = *Sur la ophtalmie sympathique.* *Broch-Sille* = 1865.

nos casos que estan representados, unas veces por trastornos circulatorios de la papila del nervio óptico; otras, por una neuro-retinitis; otras, por atrofiás papilares, despegamiento de retina, y tambien por keratitis simpática, como la llama Rheindorf. Por lo general estas lesiones, son concomitantes con las del *tractus irreal*, y lo excepcional es que, existan solas; de manera que, su rareza, no destruye la unidad del cuadro que hemos trazado.

De las consideraciones que llevo expuestas, creo poder deducir que, la *Oftalmia simpática*, es una inflamación del *tractus irreal*, acompañada ordinariamente de lesiones tróficas, que es la contestación à la primera parte del tema que estoy desarrollando.

— 2.º —

El problema de la etiología y patogenia de esta enfermedad, es de una solución bastante difícil, y para proceder con algún orden, expondré primero las causas, que con más frecuencia, ocasionan el padecimiento, y me ocuparé después, de su manera de obrar para producirlo.

Mackenzie (1) - que fué el primero que dió carácter de entidad patológica à la *Oftalmia simpática* - estableció; que solo los traumatismos de un ojo, eran los que

(1) Mackenzie = *Traité pratique des maladies de l'œil.*

podían producir trastornos simpáticos en el otro. Muchos fueron los oculistas que participaron de esta misma opinión; pero más tarde, empezó ya á admitirse que otras alteraciones, pudiesen provocar estas simpatías. Hoy debemos tener la evidencia absoluta de esta afirmación, no solo por los numerosísimos casos, que nos citan las obras, sino por los datos que nosotros mismos podemos recoger. Y á este propósito, recordaré aquí la historia clínica de un acogido en la Casa provincial de Misericordia de la Coruña, que he tenido á mi cargo, como Médico de la misma.

Se trataba de un individuo que, por causas que no supe explicarme, padeció una *Irido corviditis* del ojo derecho, que

terminó con la pérdida de la visión en dicho órgano, y conformado el enfermo con su desgracia, volvió à entregarse à sus habituales faenas, en uno de los talleres que existen en dicho Establecimiento benéfico, hasta que pasados algunos años, el ojo enfermo, se hizo asiento de pequeños dolores en un principio; y, cuando ya se le hicieron intolerables, solicitó mi consulta. Reconocí el enfermo y le observé, que tenía el ojo disminuido de volumen, y que estaba doloroso à la presión; tenía inyección perikeràtica; la pupila bastante amplia è irregular; el iris, cubierto de una capa blanquecina y perezoso en sus movimientos; carecia de fosfenos, y además me referia el enfermo, que tenía dolores periorbitarios, que se le irra-

diaban por la cara y región temporal del mismo lado. El diagnóstico, con todos estos datos, lo consideré fácil, reconociendo una antigua *irido-ciclitis plástica* en el ojo derecho, y que se trataba además, de una reproducción del antiguo padecimiento, probablemente originado, por su asiduo trabajo en el taller; pero lo que nos conviene consignar, para la desmotivación que perseguimos, es que, á los pocos días de haber ingresado este acogido, en una de las enfermerías del Establecimiento, empezó á notar en el ojo izquierdo, disminución en la agudeza visual, moscas volantes y fatiga ocular, con el obligado cortejo de dolores superciliares, cosa que inmediatamente me hizo suponer, la iniciación de una oftal-

mia simpática, de la primera forma que he descrito. En la historia que de su enfermedad me hizo el paciente, no he podido comprobar que, traumatismo alguno, ni antiguo ni reciente, hubiese provocado el mal, lo cual nos prueba que, esa relación, que indudablemente guardan las primeras manifestaciones de las *oftalmías* con los *traumatismos*, no es tan absoluta, como estableció *Mackenzie*, que es lo que nos proponíamos demostrar; siendo esta una observación más, que en mi pequeña práctica, he añadido a las numerosas que se citan, para provocar la *Oftalmia simpática*, por lesiones espontáneas del iris o coroides; opinión que he visto confirmada por un digno compañero mío, con quien se ha con-

sultado el enfermo, asustado sin duda del plan terapéutico que le dispuse, y que consistió en las indicaciones siguientes: primero, hacer uso de los medios farmacológicos, para rebajar el padecimiento del ^{ojo} derecho, que fue el que enfermó primero; y, si nada consiguieramos con esto, ó si se acentuasen los síntomas del izquierdo, no queda para éste mas medio de salvación, que destruir el derecho.

Fortunadamente, fueron cediendo, à beneficio de un plan antilogístico, los accidentes del ojo simpatizante, y, à medida que ellos disminuían, se borraban tambien los del ojo simpatizado, que ha llegado à curarse, ya antes de que hubiesen desaparecido por completo los trastornos de su congénere.

El resultado, obtenido, nos enseña además, el gran cuidado que debemos poner en no exajerar nuestro apresuramiento, para destruir un ojo, cuando ceden los motivos de alarma que se han presentado en el ofus-
to.

Las consideraciones expuestas, en modo alguno destruyen una afirmación, que desde luego tenemos que admitir; es á saber: que las causas mas frecuentes de las *Oftalmias*, son los *traumatismos*. Las violencias exteriores, mas pequeñas, pueden producirla; y, comprendiendo - como podemos hacerlo - en el número de aquellas, algunas operaciones, quirúrgicas, no es raro observar en las clínicas, que las practicadas

en el iris, ya cortándole, rasgándole, ó desprendiéndole de sus adherencias ó siné-
quias, pueden tambien ocasionarla. Ci-
tare un caso observado en el Hospital Cli-
nico de la Escuela Compostelana. Se ope-
ró allí á un enfermo de catarata, y á los
dos dias, se le observó una hernia, formada
por el endovamiento del iris, entre los bor-
des de la herida corneal. Se intentó la re-
ducción; pero todo fué inútil, y se hizo, en
vista de esta imposibilidad, la escisión
de la porción herniada, que cicatrizó en-
seguida; pero el iris no se retrajo, por las
adherencias que tenia contraídas con la
córnea. Así siguió el enfermo unos dos
meses, ahusando dolores ilíacos, que tampo-

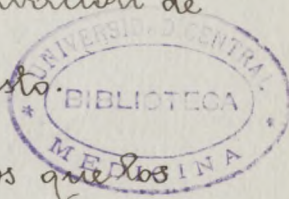
co tardaron en presentarse en el ojo opuesto, con gran pérdida de su visión, que ya tenía mercurada, à consecuencia de una catarata incipiente. Rotas las sinequias ó adherencias, que el *ojo* tenía con la córnea en el ojo simpaticizante, cesaron los dolores que el enfermo acusaba en ambos ojos, si bien continuó la visión disminuida en el ojo simpaticizado, por motivo de la catarata incipiente de que he hablado.

Vemos, pues, que las heridas simples del ojo, pueden tener consecuencias graves; pero si estas heridas van además acompañadas de cuerpos extraños, entonces sí, que podemos establecer la regla general de que, se produce *Oftalmia simpática*, sien-

de excepcional el que ésta, no sobrevenga. Son numerosos los casos que se citan en corroboración de esta verdad, y los que creo que más contingente aportan, son los disparos por arma de fuego, con motivo de ir acompañados, ordinariamente, de proyectiles, perdigones ó porciones de cápsulas, cuya presencia en los ojos heridos, la mayor parte de las veces, provocan agravación de síntomas y lesiones en el ojo ofendido.

Como ejemplo de los efectos que los cuerpos extraños producen en el ojo, he de hacer aquí mención de una historia clínica, que recientemente he oído referir.

Se trataba de un sujeto adulto à quien le dispararon un tiro de pistola



de pequeño calibre, que le penetró oblicuamente en el ojo izquierdo, por el ángulo externo del mismo. El proyectil - sin haber producido apenas lesión palpebral, sin duda por tener los ojos ^{muy} abiertos el herido - habia penetrado de izquierda à derecha, en dirección transversal, destruyendo el globo del ojo y alojándose detrás de él en la órbita.

Más de uno han sido los Profesores que reconocieron al herido, y ninguno de ellos observó la presencia del proyectil. Estas exploraciones, se fueron haciendo cada vez más difíciles; porque progresaba rápidamente la cicatrización de la herida, y terminó este proceso, con un muñón

irregular, à que se redujo el ojo. En el trascurso de pocos dias, el ojo derecho, que estaba sano, perdió la visión en absoluto, y presentaba además en él, los síntomas de una irido-ciclitis-serosa, con escavación incipiente de la papila. El tratamiento, que era muy claro, consistia, en la enucleación del ojo que fue herido, y extracción simultánea de la bala; pero no pudo hacerse, por las oposiciones del enfermo. Al poco tiempo, quedó completamente ciego, sin que se le observasen síntomas cerebrales que hicieran sospechar una lesión à distancia, que motivase la ceguera.

No son, por desgracia, las heridas del ojo, las que solamente pueden producir

el fatal accidente de la *Oftalmia simpá-*
tica: las contusiones, pueden tambien oca-
sionar estos trastornos, siempre que lleguen
à interesar el *tractus visual*. Y como com-
probación de esto, referiré lo ocurrido à una
Señora, que sufrió la contusión del ojo dere-
cho, producida por un pequeño globo de
barro blando, que intencionadamente le
arrojaron. El cuerpo extraño - por su con-
sistencia blanda - se adaptó perfectamen-
te à la cavidad orbitaria, y produjo la pér-
dida de la visión, rotura, despegamiento
y hemorrágia del *zízis*, siendo ésta un
obstáculo para recoger más síntomas con
el *Oftalmoscopio*. El mes y medio, ya se
presentaron en el ojo izquierdo, los sinto-

mas de una incipiente *Irido-ciclitis* plástica, que ha desaparecido por completo, restableciéndose la visión, à beneficio de la escisión que se le practicó, de la mitad anterior del ojo derecho, ó sea el que primeramente fuera lesionado.

Hasta aquí, nos hemos referido à traumatismos, cuya acción recae directamente sobre el ojo; pero tenemos que añadir que la *Oftalmia simpática* en el opuesto, se produce tambien, por otros traumatismos de las partes inmediatas del órgano; por ejemplo, las heridas del nervio supra-orbitario, que más de una vez ocasionaron la pérdida de la visión en el ojo correspondiente, y más tarde la de su congé-

nerce, que es precisamente el caso que nos cita Verneril (1).

Tambien las lesiones del muñón de un ojo, pueden producir estos accidentes, lo mismo que la irritación constante que producen las pestañas en un entropion, las quemaduras, etc., y tanto mas activa, seria la acción de estas causas traumáticas, cuanto más directamente recaen sobre el cuerpo ciliar. De las primeras lesiones, ó sean, las que obran sobre el muñón del ojo, nos cita Galezowski, algunas observaciones, en que el contacto de un ojo artificial, irritando el muñón, la han ocasionado.

Creo haber señalado - dentro de

(1) *Ann. d'ocul.* tome LXVII.

los límites de este trabajo - lo más importante entre los traumatismos del ojo, para producir la enfermedad, cuya etiología estamos estudiando. Queda ahora indicar algo, respecto à otros casos, en que sobreviene el padecimiento, sin traumatismo.

Aquí ya se trata de enfermedades espontáneas en un ojo, que se transmiten al opuesto; y à este grupo pertenece el caso que he citado de mi observación particular, en la Casa - Hospicio de la Corniña. Estos casos se repiten bastante, y tenemos por consiguiente que admitirlos, à pesar de la opinión de Schrügger, que considera que los hechos observados, no son bastantes para justificar su admisión; porque, si bien es ver-

dad, que, en ocasiones, es difícil el demostrarlas; en cambio, distinguidos oculistas, como *Fargenstecker*, *Moore* y *Cooper*, citan ejemplos, que no pueden discurrirse, y que comprueban de una manera indudable, que una lesión en el ojo simpaticizante - que no tenga nada de traumática - puede producir en su congénere, la *Oftalmia* que se llama simpática.

Pudo, si, ocurrir que se haya exagerado la frecuencia de estos casos, tomando por acción refleja, lo que es solo resultado de una enfermedad, como sucede en el glaucoma, que siendo de naturaleza dis-crásica, tiene tendencia a doblarse; pero esto, no destruye los hechos observados, en que

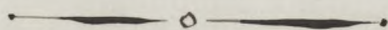
se trata de enfermedades verdaderamente locales. Por otra parte; aun para los casos de duda, el Cirujano puede obrar, con toda tranquilidad de conciencia; porque en su intervención, se persigue el plausible fin de evitar una ceguera completa, sacrificando nada más que un ojo inútil, sin visión y sin esperanza de que ésta, se restablezca en él.

Para completar el cuadro del estudio etiológico de las *Oftalmías simpáticas*, y para que ningún hecho quede desconocido, hablaremos también algo de las *predisposiciones*.

Las predisposiciones individuales, que no pueden explicarse la mayor.

parte de las veces, y que en otras se las da una explicación hipotética, las podemos observar con bastante frecuencia en el variado campo de la *patología*. La escrófula, la tuberculosis, el alcoholismo, y en general, la miseria orgánica, es indudable que debilitan las resistencias del organismo, y le predisponen a contraer enfermedades, por las causas mas insignificantes; y, no hay inconveniente en admitir que, la *Oftalmia simpática*, puede tambien encontrarse alguna vez en este caso; pero en otros, ocurre que, la enfermedad no se presenta, a pesar de existir causas suficientes para que se produzca, y constituye esto una predisposición negativa, o

inmunidades inexplicables, que solo dan lugar á sospechar, si habrá en los individuos que las disfrutan, anomalías de desarrollo, anastomosis ó enlace entre la rama *oftálmica* y el *simpático*, como ocurre en algunas especies de animales.



¶ Descripto del modo más prolijo que me fué posible, las causas que originan la *oftalmia simpática*, vamos ahora á investigar el como y el porque éstas se producen.

El estudio de la *patogenia* de

este padecimiento - como el de todas las enfermedades - es importantísimo; pero ingenuamente confieso, que lo considero difícil y superior à mis fuerzas, por los profundos conocimientos que implica de *Anatomo-Fisiología patológica*. Entre, no obstante, à llenar este inmenso vacío que existe entre las causas y efectos, no solo por la obligación que me impuse, como por la confianza que tengo en recabar del Ilustre Tribunal que me escucha, la benevolencia que necesito.

Desde su origen, se designó, esta *oftalmia*, con el nombre de *simpatíca*, y esta denominación, ya nos dice el concepto que merecía, para los oculistas,

que no era otro más, que una enfermedad producida por simpatía; pero la Fisiología-patológica moderna, buscando la razón del fenómeno llamado simpático, rechazó el concepto de las llamadas *sympatías* - que nadie sabía lo que eran - y planteó el problema en esta forma;

1.º; ¿Qué es lo que se transmite de un ojo al otro?

2.º; ¿Por donde se transmite?

La solución del primer punto, la considero fácil; porque en todos los casos que pueden presentarse a nuestra observación, veremos que, lo que abre la escena de todo el cuadro morboso, es una inflamación del

ojo simpatizante, cosa que podemos comprobar, no solo por los síntomas que se manifiestan en el ojo simpatizado, sino por las lesiones anatómicas, que muchas de las veces, en el mismo determinan.

La segunda parte del problema, ya resulta de solución más difícil; pero a pesar de esto, podemos concretarlo bastante, si nos fijamos en el campo limitado en que tiene que desenvolverse, que no es otro que el que comprende las vías de comunicación que un ojo tiene con su opuesto, el cual está formado: 1.º, por los vasos, - 2.º, por el nervio óptico, - 3.º por los nervios ciliares. Estudiaremos, pues, las hipótesis que se han hecho, acerca de cada una

de estas vías, y señalaremos lo mas importante de cada una de ellas.

1.º Transmision por los vasos. Fundase esta doctrina en que, dadas las anastomosis que tienen entre si los vasos que riegan el aparato ocular, si uno de los ojos se hace asiento de congestión, puede fácilmente, ésta manifestarse en el otro.

Poco tiempo ha podido sostenerse esta doctrina, debido al error de origen de que adolecia, el cual consistia, en no hacerse cargo sus partidarios, de que la congestión de los vasos, es un fenómeno secundario, que avanza de otro anterior, que consiste en la excitación de los nervios

vaso-motores. Y que esto es así, lo prueban los experimentos de Vulpian, (1), Snellen (2) y Brown-Sequard (3), en los cuales la excitación de un nervio sensitivo, se traduce por un aumento de tensión en el sistema vascular, sin la que, la congestión no se produce. Este hecho, ya debieron conocerlo los antiguos, pues no á

(1) Vulpian *Lecons sur l'appareil-vaso-moteur*, t. II.

(2) Snellen *De ophthalmik neuro-paralytica*. Nederl. Tijdsch. Ann-d'ocul. t. LIII.

(3) Brown-Sequard - *Lectures on Physiology and Pathology* - Philadelphia - 1860.

otra cosa puede referirse al aforismo *ubi stimulus - ibi fluxus*.

La doctrina, pues, puramente vascular, ha tenido que desecharse, admitiéndose hoy por todos, que los nervios vaso-motores, son los encargados de la transmisión inicial del padecimiento.

2.^o *Transmisión por el nervio óptico.* Esta doctrina, ha tenido también sus partidarios, y Mooren, ha sido uno de sus principales defensores, á pesar de que, ya habia sido fuertemente combatida por Favignot, en un artículo que publicó la Gaceta de los Hospitales de Paris, n.^o 124, correspondiente al año de 1849. Pero lo cierto es que, esta doctrina se

presta à objeciones de tal importancia, que para la mayoria de los casos, se hace insostenible.

La *oftalmia simpática* - como dijimos en un principio - se produce preferentemente, por lesiones que recaen sobre el segmento anterior del ojo simpaticizante, estando por lo general sana la retina y por consiguiente el *nervio óptico*; de manera que resulta difficilísimo, por no decir imposible, que el *nervio óptico* sea el encargado de transmitir la enfermedad al opuesto. Las observaciones hechas por Muller(1)

(1) *Comparaison de l'atrophie des nerfs ciliaire et optique. (Archiv für Ophth. t. IV*

y ~~Pa~~agenstecher, (1) comprueban
además que al iniciarse la *Oftalmia*
simpatíca, existe ya la atrófia del óp-
tico en el ojo simpatizante, y en cambio
conservan su estructura los nervios cilia-
res. No queremos decir con esto que, en
ninguna ocasión sea el nervio óptico, el
medio de transmisión de los trastornos;
únicamente afirmamos que, en la mayo-
ría de los casos, no juega papel alguno.

En cambio, la teoría de la emigración de gérmenes
que han seguido las vías linfáticas de este nervio, explica mejor
el proceso inflamatorio del ojo simpatizado.

3.º *Transmisión por los*
nervios ciliares. Todos los razona-
mientos que acabamos de hacer para
desechar la transmisión de la *Oftalmia*

(1) *Irido-corviditis sympathica oculi-*
dextri. Ann-d'ocul. t. L XXIII.

por el *nervio óptico*, nos sirven de fundamento para afirmar que aquella se hace por los nervios ciliares. Pero para fortalecer cada vez más esta doctrina, podemos comprobar con el *oftalmoscópio* que, las lesiones iniciales de una *oftalmia simpática*, corresponden al *tractus irveal*, es decir, al campo por donde se distribuyen los nervios ciliares. Es más: si las lesiones del ojo simpatizante, se limitan tan solo à la zona ciliar, puede evitarse la acción refleja en el opuesto, con una oportuna *iridectomia*, siempre que no se hayan producido alteraciones nutritivas. Las disecciones hechas por Czerny y el análisis histológico, prae-

cado por el mismo en algunos ojos en-
dendados, para curar la *Oftalmia sim-
pática*, corroboran estas afirmaciones,
puesto que han dado por resultado, el
haber encontrado grandes alteraciones
de los nervios ciliares, que nos revelan des-
de luego, la participación que estos toman
en la flegmasia. Hay, pues, necesidad de
admitir que, en el mayor número de ca-
sos, la transmisión se hace por los referidos
nervios que, marchando por la lámina
fusca - entre la *coroides* y *escleróti-
ca* -, atraviesan ésta, para reunirse des-
pués en el ganglio *oftálmico*; y ya des-
de aquí, puede la excitación seguir tres
caminos para llegar al ojo sano: la ra-

ma del motor ocular comun, la del nasal y la del simpático.

La del motor ocular, tiene el inconveniente de ser centrífuga y no centrípeta; la del simpático, tiene fibras de ambos órdenes; pero nadie lo indica, por el largo camino que la excitación tendria que recorrer. Queda, pues, como via más segura de transmisión, la rama sensitiva del nasal; y, suponiendo que ésta lo sea, vamos à seguirlo en su marcha.

Despues de haber franqueado la hendidura esfenoidal, forma el nervio oftálmico por su unión con la rama frontal y lagrimal, y penetrando el ganglio de Paser, llega hasta el centro de reflexión,

al nivel de los núcleos del bulbo. Desde allí, por las fibras comisurales, hacen la transmisión centrífuga, ya los filetes del plexo carotídeo y la rama vegetativa, que el da al ganglio oftálmico, ya las fibras vasculares propias del trigémino del lado sano, transmitiéndose por ellas, hasta los nervios ciliares del ojo sano.

Niedieck, fundándose en los trabajos de M. Hayem, acerca de las *neuritis ascendentes*, - que dice que tienen tendencia à hacer simétricos sus efectos - afirma que, las *Oftalmias simpáticas*, tienen por esencia, en vez de un trastorno circulatorio en el principio, una *neuritis emigrante* que, par-

tiendo del plexo ciliar de un lado, y siguiendo la vía ó camino, que hemos dicho, llega hasta el plexo ciliar del lado opuesto. Los trabajos de Charcot (1) y Vulpian, parece que confirman esta opinión; pues como resultado de sus observaciones, aseguran que, los *vaso-motores*, por si solos, son incapaces de producir trastornos inflamatorios, y de la misma manera piensa El. Bernard. Si esto es verdad, seguramente que la neuritis emigrante, será la encargada de darnos la explicación mas sencilla y más de acuerdo con la fisiología patológica moder-

(1) *Lecons sur les maladies du système nerveux. Tome I.*

na.

Resumiendo todo lo expuesto en este capítulo, para explicarnos el como y el porqué se producen Las Ophthalmias simpáticas, estableceremos las siguientes conclusiones.

1.^a La mayor parte de las veces, se produce por la acción de un traumatismo sobre el ojo simpatizante.

2.^a Tambien pueden ocasionarlo, las enfermedades espontáneas de un ojo.

3.^a La via de transmisión de un ojo al otro, avanza de los nervios ciliares, y la esencia del fenómeno consiste, en la excitación comunicada a los nervios vaso-motores, o bien en una

neuritis emigrante, que tambien
nace de los *ciliares*.

3º

En la parte práctica del tema
que venimos desarrollando, ó sea el trata-
miento de esta enfermedad, no tropesa-
mos, por fortuna, con las oscuridades que
envuelve su *etiología y patogenia*;
pues la mayoría de los *oftalmólogos*,
están de perfecto acuerdo en el concepto
fundamental de destruir el ojo simp-
tizante, cuando los síntomas de la *of-
talmia*, no cedan al tratamiento far-

macológicos, ó con más razón, si se la vé progresar. *Mackenzie* en el año 1844, fué el primero que propuso este tratamiento quirúrgico; pero ya *Wardrop*, veinticinco años antes, ha anunciado esta terapéutica, como lo mas útil, tomándola de la práctica empírica que en los caballos, venian empleando los veterinarios.

Ahora bien; antes de aconsejar este proceder, que solo está justificado por la impotencia de los demás recursos - conforme á los preceptos de la Cirugía conservadora - estudiaremos la importancia que puedan tener los tratamientos farmacológicos.

Ybemos dicho en la parte clínica

de este breve trabajo, que la enfermedad es una *irido-ciclitis plástica*, ordinariamente; que es *serosa*, por excepción, y que, alguna vez, solo está caracterizada por alteraciones funcionales, sin lesión material visible. Lo primero, pues, que debemos tener presente para combatirla, son los recursos ordinarios, que nos ofrece la terapéutica, contra las flegmasias profundas del ojo.

Cualquiera que sea el tratamiento que empleemos, es condición indispensable el aconsejar la quietud absoluta del ojo; y tan importante es este precepto que, Vernemil (1)

(1) *De l'occlusion permanente des paupières par la blepharorrhaphie dans certains cas d'opht. sympathique*
(Gar-hebol - Paris - 1844).

para conseguirlo, no ha variado en practicar alguna vez la sutura de los párpados, para asegurarse de su oclusión, y afirma haber conseguido con esto, la desaparición de los dolores. No necesitamos llevar tan lejos el consejo del distinguido práctico; pero si debemos proscribir toda clase de trabajo visual, é impedir la acción de la luz, por medio de pantallas ó ligeros vendajes que no fatiguen los ojos. Como medios antiflojísticos, suelen emplearse desde las evacuaciones sanguíneas y revulsiones periorbitarias sostenidas, instilaciones de atropina, inyecciones hipodérmicas de morfina, hasta los preparados de mercurio, prefiriendo de éstos, el deuto-cloruro,

ya solo, ó asociado al yoduro potásico. En los casos rebeldes y dolorosos, pueden dar resultado las altas dosis de pilocarpina, asociada de calmantes, en inyecciones hipodérmicas. La forma neuralgica ofrece tambien una indicación para la quinina. Y si todos estos medios son insuficientes, y los trastornos del ojo simpatizado, progresan y hacen sospechar una próxima ceguera - que por desgracia sobreviene algunas veces - no debemos perder lastimosamente el tiempo con los medios empleados; se impone un tratamiento mas activo, que viene á ser ya quirúrgico.

La iridectomia, fue considera-

da como un medio antiflogístico por excelencia, en las inflamaciones oculares profundas; pero se exageró hasta el punto de aconsejar que se practicase simultáneamente con la operación de la catarata, creyendo que conjuraba los peligros de la *oftalmia simpática*. Varios fueron los Cirujanos que la practicaron con este fin; pero los malos resultados que ha dado, hicieron que quedase proscrita, por oculistas tan notables como Panas, Mooren y Graëfe, que establecieron como regla general, no ejecutarla nunca, cuando el *iris* presentase señales de inflamación; porque el traumatismo que ella produce, da lugar à la formación de exudados que

terminan por ocluir el campo visual; y otras veces originan el flegmón del ojo.

Con objeto de disminuir la tensión ocular, podría estar justificada la iridectomía, en el reducido número de casos que la irido-ciclitis simpática, presenta la forma serosa, por su analogía con el glaucoma; pero creo que tampoco debe aconsejarse en estos casos; porque además de ser bastante raros, la enfermedad tiene un carácter insidioso, y se expone uno á gastar el tiempo en ensayos, cuando tan necesario se hace el aprovecharlo, si hemos de salvar el ojo invadido.

Vemos, pues, que en una gran mayoría de casos, se impone la inutiliza-

ción del ojo simpatizante, de cuyo procedimiento vamos á ocuparnos; pero antes es indispensable que resolvamos la cuestión previa siguiente. ¿En qué circunstancias está aconsejada la operación?

Mucho se ha protestado - sobre todo en Inglaterra - contra el abuso de esta operación; y porque ya se ha dicho, que no conjuraba la marcha del padecimiento, ya por los resultados desastrosos que arrojan algunas estadísticas, como la de Vernezzì, en la que de seis casos operados resulta, uno con absceso grave del párpado, otro con tetanos crónico, y otro muerto. Afortunadamente en otras estadísticas, no se registran resultados tan funes-

tos; y si algun valor tuviesen las observaciones que yo he podido hacer en algunas clínicas de esta Corte, afirmaria que en ninguno de los casos, cuya operacion he presenciado, ha habido que lamentar estas tristes consecuencias.

Por otra parte, los inconvenientes con que tropieza una estadística, y los defectos de que ésta adolece por consecuencia, son del dominio comun; y esta consideración es lo bastante, para que tratemos la cuestión en el terreno práctico.

Entiendo que debe aconsejarse, que no se haga la operacion: 1.º, cuando solo haya temores de que sobrevenga el fracaso; 2.º, cuando solo existan las pri-

meras señales de la enfermedad, y no se haya ensayado tratamiento alguno; y 3.º, cuando no se presenten dolores en el ojo simpatizante, en cuyo caso, no son de temer los accidentes reflejos, y principalmente, si conserva aquél alguna visión.

No hay operación alguna, que no esté rodeada de peligros, y creo que, no deben coverse, sin una necesidad bien establecida; y por ésta razon, en las circunstancias apuntadas, la precipitación sería imperdonable. Pero fuera de estos casos, la necesidad de operar se impone, desde el momento en que aparecen señales persistentes de *oftalmia* en el ojo simpatizado, que no han cedido á los reu-

tos ordinarios; y con mayor razón, cuando la lesión del ojo simpatizante, es de tal naturaleza, que solo se cura con la extirpación, como ocurre en todos los neoplasmas intraoculares; en los casos de cuerpos extraños, de imposible extracción, que provocan una inflamación constante y dolorosa; y en traumatismos violentos, que han desorganizado el ojo, sin dejar la mas remota esperanza de que la visión se restablezca en él. Estos son los casos en que la operación se hace precisa; y será urgente - como hemos dicho anteriormente - cuando los síntomas de la oftalmia, no cedan al tratamiento farmacológico, y mucho más aún,

si se los ve progresar; porque de no hacerse, se exponen los enfermos á graves consecuencias; y, como dice *De Graëfe*, al hablar de la conducta que aconsejamos, «valen más diez extirpaciones inútiles, que asumir las responsabilidades de una ceguera.»

Respecto á este punto, coinciden hoy las opiniones de casi todos los oculistas; y, en los Congresos de Londres y de Ginebra, ha sido aconsejada la operación por respetables oftalmólogos como *Critchett*, *Berthelin*, *Wardmont* y *De Graëfe*.

Vamos ahora á exponer, el procedimiento que debe seguirse en la extirpación.

Aspirando, *De Graëfe*, á ocasio-

nar la fusión purulenta del ojo, propuso atravesarlo con un sedal de lana; y Wardrop vaciar su contenido, por medio de una amplia incisión, prescindiendo con razón, del bárbaro procedimiento de los Veterinarios, que para destruir el ojo en el caballo, lo llenaban de polvo de cal, introduciendo además un clavo en dicho órgano. Estos procedimientos, fueron abandonados, el primero, por muy peligroso; y el segundo, por insuficiente la mayor parte de las veces, y se substituyeron por otros más racionales, en cuya categoría colocaremos la amputación de la mitad anterior del ojo, verificada por Watton y repetida después por M. Leon Le Fort y otros

oculistas. Este procedimiento tiene la ventaja de vaciar ampliamente el ojo y de extirpar toda la zona ciliar que, según dejamos dicho, es el punto de partida de los reflejos nerviosos, dejando además un muñón proporcionado, para aplicar sobre él un ojo artificial; pero resulta también ineficaz, cuando las lesiones hayan invadido la parte posterior del ojo, en cuyo caso, pueden continuar sosteniendo la acción refleja sobre el ojo opuesto.

M. Boucheron (1), ha descrito un procedimiento para evitar toda acción

(1) *Section des nerfs ciliares et des nerfs optique - Gazette med. de Paris - p - 37.*

simpatía, el cual consiste en cortar simultaneamente el nervio óptico, los ciliares y la arteria central de la retina.

Aunque resulta muy ingenioso este procedimiento, no debe dar grandes resultados; porque el nervio óptico, no es ordinariamente la vía de transmisión; y por otra parte, no debe ser difícil que, filetes ciliares que queden sin cortar, continúen transmitiendo su excitación al ojo opuesto.

Gambien M. Rondeau (1), ha aconsejado cortar estos mismos elementos, por fuera del globo ocular, pasando el instrumento cortante entre la cápsula de Zenon

(1) Des aff. oculaires reflexes et de l'ophtalmique = Thescin - 8.^o - Paris 1866.

y la esclerótica; pero no tenemos observaciones bastantes para apreciar este procedimiento, cuya ejecución no parece difícil.

La operación verdaderamente salvadora de la *Oftalmia simpática*, es la enucleación del ojo simpatizante. En *Inglaterra*, nació el pensamiento de ejecutarla, y *Prichard*, fue su entusiasta defensor, pero lo horrible del proceder, hizo que nacieran grandes resistencias, que al fin fueron vencidas, con el procedimiento clásico de *Bonet de Lion*, en el que, dejando íntegra la cápsula de *Cenón*, se termina rápidamente la operación, sin grande hemorriagia, y la antisépsia después, facilita la terminación sin acciden-

tes.

Tal es el concepto que la operación me merece; pero la preferencia que la doy sobre las demás, no, significa en modo alguno, que sea la única y exclusiva en el tratamiento de la enfermedad. La amputación del segmento anterior, la vaciadura simple del ojo, y hasta la *retro-rotomía*, propuesta por Rondeau, podrían tener indicaciones, ya cuando solo se trate de la extracción de cuerpos extraños, ó ya cuando tengamos que combatir alguna de las formas excepcionales de la *oftalmia*, que requieran procedimientos también excepcionales; pero cuando se busque uno de efectos radicales, la enucleación

debe ser preferida, por resultar en la inmensa mayoría de los casos, una operación inocente, rápida y segura.

He expuesto á grandes rasgos, y de la mejor manera que me fué posible, el resultado de mis estudios acerca del tema que me he propuesto desarrollar, inspirándome para esto, en las observaciones y doctrinas de distinguidos Oftalmólogos, que se han conquistado un lugar importantísimo en el ejercicio de la especialidad. Y para juzgar esta difícil tarea que me he impuesto, tengo la más completa confianza de vuestra ilustración, compañera inseparable de una

ingencia ilimitada, à la cual me aco-
para rogamos la otorguéis en toda su
mitad, al humilde trabajo queee tiene
el nro de presentaros.

He dicho.

Angelio M. M. M.



Día 28 de Mayo de 1897

Verifico el ejercicio del finand de Doctos
que calificado de Sobresaliente

Excmo. Rodríguez
y Romanos

El Excmo.
Sr. Correa Zúñiga

Adm. (Pascos)

Excmo. Soler
Pascos

Excmo. M. M. M.

