

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ONCHOCERCOSIS EN SUS MANIFESTACIONES OCULARES

Por el Dr. JUAN LUIS TORROELLA (1)

COMISIONADO por el Departamento de Salubridad Pública visité en abril próximo pasado en el Estado de Chiapas, para observar de cerca y en el mayor número de casos las lesiones oculares que produce la Onchocercosis. Al efecto llevamos consigo el instrumental necesario para proceder a dicho estudio. Este lo hicimos en la mayoría de los pacientes, usando la luz natural y en seguida la artificial en cuarto oscuro, empleando al efecto los medios adecuados para cada caso.

En todos nuestros enfermos, no logramos observar reacción alguna por parte de la conjuntiva tarsal ni bulbar, sólo anotamos el caso de una niña de ocho años que presentaba quistes en la cabeza, tenía una eflorescencia de color blanco agrisado, de forma redonda, saliente, rodeada de hiperemia vascular, localizada al sitio y a unos cuantos milímetros alrededor del nódulo, sin secreción mucosa ni mucopurulenta, aspecto completamente semejante al de una flictena de conjuntivitis excematosa y sin embargo, no obstante haber hecho el diagnóstico citado, tomamos el fragmento de la conjuntiva enferma y lo dividimos en dos porciones, con una de las cuales hicimos la discisión, para ver si se encontraban microfilarias y obtuvimos resultados negativos; con la segunda porción, se practicaron cortes histológicos para hacer su estudio anatomopatológico, trabajo que se encomendó al Señor Doctor Martínez Báez, y cuyo resultado no presenta interés.

En algunos enfermos encontramos conjuntivitis catarrales banales, que cedían rápidamente a colirios a base de sales de plata o de zinc, de tal suerte, que podemos resumir que no encontramos reacciones especiales por parte de la conjuntiva; en casi todos los casos esta membrana aparecía sana clínicamente.

Sin embargo en un enfermo procedente de Chiapas hemos practicado cortes de la conjuntiva en los que el Dr. Arroyo ha encontrado gran cantidad de microfilarias.

Como fenómeno anormal aparecido en el curso de la queratitis de que ya hablaremos, se observa que en la porción pericorneal de la conjuntiva, existe un puntilleo de color café, constituido por pequeñísimos elementos que vienen a

(1) Trabajo tomado de la Revista "Hospital General". T. IV núm. 10 junio de 1930, y corregido por su autor.

formar una especie de halo a la córnea, pero situados siempre en plena conjuntiva.

No sucede lo mismo en lo que se refiere a la córnea transparente, el estudio sistemático y metódico de esta parte del ojo nos trae a considerar que es ella una de las porciones del órgano de la visión que más sufre y que desde muy al principio del padecimiento comienza a reaccionar: es una queratitis que reviste caracteres especiales que hemos logrado ver en las diversas etapas de su evolución y seguir esta última en algunas observaciones.

Los fenómenos que presenta en su desarrollo, los dividiremos en subjetivos y objetivos. Cuando el ojo aparentemente sano comienza a ser invadido, se presenta un dolor punzante, intermitente, que se acentúa con los cambios de intensidad de la luz, dolor que comparan los enfermos a picoteo del globo con alfileres, este dolor no tiene irradiaciones y si es cíclico, lo es porque a determinadas horas del día la intensidad luminosa es mayor; hay fotofobia: al medio día, hora de mayor luminosidad solar, el enfermo siente más molestia por la luz y se acompaña de imposibilidad para ver, el dolor y la fotofobia van aumentando con los progresos del mal, viéndose a los enfermos cubrirse con la mano o con el sombrero, si no es que existe un blefaroespasma muy manifiesto; objetivamente hay lagrimeo.

Cuando la lesión empieza, el examen directo a la luz natural no revela nada, pero en el cuarto oscuro y a la iluminación focal y mejor ayudado por una lupa o el microscopio corneal, podemos discriminar un ligero puntilleo que en la mayoría de las veces es central, pero en algunos casos periférico, muy discreto, estando entonces la parte central indemne, constituido el mencionado puntilleo, por unos cuantos elementos, tres o cinco, desiguales, cada uno circular, como de medio a un milímetro de diámetro, superficial, de color opalescente, de bordes imprecisos y completamente plano; sin presentar ninguna elevación sobre el lugar de su formación que es la membrana de Bowman. A medida que avanza la lesión, cada uno de los elementos o las partes infiltradas mejor dicho, van aumentando en superficie y comienzan a presentar prolongamientos a semejanza de los dendríticos de las neuronas que se anastomosan entre sí, con la particularidad de dejar la zona intermedia a estos infiltrados, completamente transparente. En esta etapa los vasos ciliares comienzan a verse, terminándose aparentemente en el limbo esclero corneal, como en cualesquier queratitis parenquimatosa, pero con una delgadez extrema, de tal suerte, que si no usan aparatos dióptricos, su demostración es imposible.

En la región del limbo la vascularización es casi nula o no existe. Posteriormente observamos los mismos fenómenos del principio, sólo que en planos más profundos, dejando ver todavía zonas sanas tanto en la superficie como en la profundidad. Por último, la córnea queda totalmente infiltrada, perdiéndose en lo absoluto el aspecto estelar que señalamos, siendo en este caso la agudeza visual nula y sólo existiendo la percepción luminosa.

Cuando la queratitis es secundaria a una iritis, o mejor dicho se presenta posteriormente a la lesión del iris, vemos que la membrana de Descemet, es el sitio inicial del proceso que hace su invasión hacia la de Bowman inversamente a lo que anotamos.

Otra de las manifestaciones oculares de la Onchocercosis, es la iritis, ésta puede ser primitiva o secundariamente desarrollada a la queratitis, o bien co-existir ambas. Cuando es primitiva carece totalmente de síntomas subjetivos, no se descubre más que por la exploración sistemática de los enfermos; es completamente insidiosa en su evolución: una iritis plástica sin depósitos en la membrana de Descemet.

Considerando al iris en sus tres porciones, la primera que sufre es la pupilar, empieza por perderse todos sus relieves vasculares, aplanarse y a tomar el iris un aspecto característico de una piedra pómez pulida o mejor dicho, adquiere un aspecto atrófico. Al mismo tiempo comienzan a organizarse sinequias posteriores que si son tratadas oportunamente, dejan elementos pigmentados sobre la cristaloides anterior; estas adherencias si se abandona el iris sin tratamiento sintomático, traen la seclusión y más tarde la oclusión pupilar.

La porción ciliar y la zona del pequeño círculo del iris son atacadas a su vez, perdiéndose toda huella de repliegues y reduciéndose las criptas hasta llegar a tomar todo el iris el aspecto poroso de la piedra pómez. Las reacciones pupilares se vuelven perezosas y llega un momento en que la pupila se hace inmóvil cuando las sinequias posteriores son totales; no es raro observar en algunos casos sinequias anteriores, dejando huellas de pigmento sobre la capa endotelial posterior de la córnea.

Es de notarse que a pesar de las manifestaciones por parte del iris, no existe inyección ciliar o se presenta en un grado tan insignificante que pasa inadvertida.

Si hacemos nuestra observación en la pupila misma, estudiando la desviación que tan característicamente se describe como signo de onchocercosis, debemos advertir que en el número de enfermos que logramos ver (mínimo de seis a ocho diariamente por espacio de quince días), no logramos observar la pupila desviada hacia abajo, a pesar de haber estudiado el asunto muy cuidadosamente. En el único caso en que había desviación fué en una niña de diez años de edad que habitaba en la finca "Hamburgo", después de haber vivido en Santa Rita (Huixtla); la desviación en este caso era hacia arriba y tenía la forma de un triángulo isósceles cuya base era horizontal y su altura dirigida en el meridiano de las doce. Por otra parte, no tiene nada de extraordinario que haya una desviación de la pupila para cualquier lado ya que existe una iritis plástica que hace que se adhiera alguna parte del iris a cualquier parte de la cristaloides anterior.

Los trastornos que se derivan de estos estados del iris son de preferencia los glaucomatosos y los atróficos. Hemos tenido oportunidad de ver varios casos con aquel síndrome, que presentaban todos los signos correspondientes.

Se hizo el examen del fondo y de los medios en la inmensa mayoría de los casos empleando muchos de ellos la iluminación por reflexión y el espejo plano; no llegamos a descubrir en ningún caso algún cuerpo extraño en los medios del ojo; solamente se percibían las manchas de infiltración de la queratitis puntuada superficial o profunda, como puntos oscuros sobre fondo rojo.

NOTA PRELIMINAR ACERCA DEL ESTUDIO QUIMICO
DEL PACHYCEREUS MARGINATUS.

Por JUAN ROCA, del Instituto de Biología

HASTA la fecha he aislado del *Pachycereus marginatus* u órgano común, tres alcaloides, la Cereina, la Pachicereina y la Ochoterenina, los dos primeros del extracto etéreo y el último del extracto clorofórmico. El más abundante es la Cereina que es precipitada por el amoníaco de sus soluciones e insoluble en el agua. Son solubles en alcohol, precipitan por los reactivos generales de los alcaloides, especialmente con el Mayor, Bouchardat, ácido pícrico, cloruro mercúrico y cloruro de platino y contienen oxidrilos fenólicos.

El carácter básico de los mismos es muy pronunciado y se alteran con facilidad si las condiciones no son adecuadas.

Próximamente escribiré detenidamente sobre las propiedades de cada una de estas bases así como sus sales, y a la vez mencionaré los diversos métodos que he seguido para obtenerlos, deteniéndome en el que me ha dado mejores resultados.

