

IRITIS ESPECIFICA, SON TRACTAMENL PEL 914

pel Dr. JOSEP LLOVERA, de Barcelona

Quan el virus del xancere dur, ha envaït la sang, aquesta transporta l'agent patogen de la malaltia específica, a tots els orgues parenquimatosos vascularitzats de l'organisme, entre altres, al tractus uveal del globe ocular.

L'agent patogen de la sífilis no és extraordinàriament irritant. La inflamació que provoca, no és molt intensa. En el teixit que envaeix, origina millor una hiperplàsia cel·lular, que no pas una veritable inflamació. A l'ensem és precís, per a que es desenvolupi una iritis sifilítica, una causa ocasional o predisposant. L'ull com a orgue extern, està exposat al medi ambient i sofreix les seves conseqüències (fret, humitat, traumes, etc.) i la sífilis troba allí, amb facilitat, ocasió de localitzar sos efectes inflamatoris, en les membranes vasculars d'aquest orgue, especialment en les parts anteriors: L'iris i el cos ciliar.

La iritis és una manifestació freqüent de la sífilis. Apareix junt amb les lesions específiques de la pell i de les mucoses, o bé immediatament després d'elles, durant el segon període de la malaltia constitucional.

La iritis sifilítica és essencialment parenquimatososa i de forma no supurativa, plàstica.

Quan el revestiment epitel·lial pren part en la inflamació de l'estroma conjuntiu, aleshores aquest vessa amb abundància en la cambra anterior, un exudat francament fibrinós. La fibrina coagulada, s'extén amb capa homogènea, espessa, damunt l'iris i el cristal·lí, ço és, damunt el camp pupil·lar; i de no usar-se un tractament ben dirigit, és així com se formen les sinèquies posteriors, que en aquesta afecció son fortes i sòlides. De mal pro-

nòstic seran també, les membranes pupil·lars si no s'acut a bon temps, doncs ofereixen una gran resistència a la reabsorció i ofereixen totes les condicions per a transformar-se en una falsa membrana organitzada.

CONDILOMES

En la iritis sifilítica, la membrana iriana és molt tumefacta i regularment engruixida en alguns llocs. Aquests engruiximents, ocupen, generalment, la zona pupil·lar i la perifèria de la zona ciliar, prop del lligament pectini; dos llocs on les capes de teixit conjuntiu embrionari, es troben en més quantitat i on els capil·lars sanguinis, abunden més. Indiferentment en un i altre lloc, l'iris presenta, sovint, nudositats, veritables tubèrculs específics i condilomes sifilítics. Aquests nòduls, miden de dos a tres mil·límetres. Ses dimensions rarament són majors que un cap d'agulla.

Els condilomes sifilítics presenten una coloració gris al començament, groc després, ataronjat més tard. A l'entorn de sa base i algunes voltes sobre de les mateixes elevacions, es distingeixen, devegades, amb una lente, petits capil·lars plens de sang. L'abundor d'aquests capil·lars, dóna a aquests tubèrculs un aspecte semblant al coure. El roig de la sang, es barreja amb el groc del tumor.

Els nombrosos petits vasos obliterats per el procés sifilític, constitueixen com a cossos estranys, la presència dels quals irrita el teixit del seu contorn i provoca la infiltració cel·lular inflammatòria ulterior.

Els condilomes es troben en el revestiment epitel·lial de l'iris i constitueixen veritables tubèrculs específics de la sífilis: condilomes o pàpules. Sa degeneració greixosa, singularment favorescuda per l'obliteració dels vasos arterials nutricis, pot, si aquella és ràpida, donar-los-hi l'aspecte de pústules plenes de pus, d'on els noms d'iritis condilomatosa, papulosa i pustulosa.

L'esclerosi dels vasos, és la conseqüència natural de l'endoarteritis que acompanya a tota inflamació sifilítica, de la qual és ver estigma.

Les complicacions més freqüents i les que quasi mai manquen, són les sinèquies posteriors. Al mateix temps i per fatal dissort, és bastant freqüent la formació d'una membrana pu-

pil·lar, d'exudat irià, que compromet definitivament la visió, si el malalt deixa evolucionar la malaltia sens el fre d'un tractament ben dirigit.

Quan en el transcurs d'una iritis, apareix una disminució de la visió, malgrat la transparència dels mitjans refringents oculars, haurem de cercar la complicació, en una neuritis òptica. Però és més freqüent que aqueixa malaltia aparegui, com a dolença apart de tota iritis i no com a complicació d'aquesta.

La freqüència de la iritis específica, és d'un seixanta per cent, segons Graefe, de Berlin i segons Wecker, de París.

L'aparició de la iritis en un sífilític, és sis, vuit o deu mesos després del xancro, rarament més tard. Però la iritis, com tots els símptomes secundaris de la sífilis d'altres parts, pot manifestar-se abans. D'una manera especial en la sífilis greu, de marxa ràpida, on els tres períodes semblen confondre's. En aquests casos la iritis coincideix amb les sífilides cutànies o mucoses i fins a voltes, les precedeix d'alguns dies; mentre que en les condicions normals, la iritis específica millor marca la transició, entre el període secundari i el terciari.

La iritis és freqüent als tres mesos de la infecció; son màxim de freqüència és als sis mesos; després dels dos anys de l'aparició del xancro inicial, gairebé mai apareix dita complicació ocular.

CAUSES OCASIONALS

En un individu infectat de sífilis, la més petita excitació del globe ocular, pot ser la causa ocasional de que apareigui una iritis sífilítica. Un cop a l'ull, un cos estrany a la còrnea, un excés de treball, un enlluernament per una llum intensa, poden ajudar d'una manera gran, a provocar l'oftalmia específica. Una influència debilitant general, pot produir el mateix efecte. Heu's aquí perquè en l'home, aquesta malaltia, és més freqüent que en la dona.

SÍMPTOMES

Els símptomes de la iritis sífilítica són de mitjana intensitat. La injecció periqueràtica és profunda. La conjuntiva bulbar i l'escleròtica no participen molt en la inflamació interna del globe ocular. A vegades la injecció periqueràtica, existeix solament en el sector corresponent a la vora de l'iris, en el qual

han aparegut petits condilomes o pàpules. La fotofòbia no és molt intensa, però existeix sempre. La pupil·la està contreta i la membrana iriana està desllustrada. El dolor, és un dolor sord, que s'exacerba durant les nits i en alguns moments adquireix caràcters neuralgiformes.

El començament de la iritis sifilítica no és sobtat. Als primers dies d'aparèixer la malaltia, els malalts mostren trastorns incerts i indeterminats, als quals l'especialista no dona, en general, massa importància, per a aprofitar millor i més aviat, amb un examen detingut.

PRONÒSTIC

En la iritis específiques, la pupil·la s'estreny. De la superfície anterior i posterior de l'iris s'escapen els exudats fibrinosos, que solden la vora pupil·lar a la part anterior del cristal·lí; i a l'ensem es disposen en el camp pupil·lar, al qual obstrueixen. Ben prompte, la soldadura és completa i la pupil·la normal, negra, perfectament transparenta, tant movable, es troba reemplaçada per una pupil·la estreta, inextensible, obstruïda per un exudat, impedit la penetració dels raigs lluminosos. L'ull està tancat. Després, promptament, un glaucoma consecutiu donarà compte de la manca de tractament, que no ha detingut la marxa invasora d'aquesta terrible malaltia.

Segons veiem, la iritis sifilítica no tendeix per ella sola a curar-se. El virus sifilític tendeix a estendre's.

Després de la inflamació sifilítica, en l'iris resten atròfies locals. Les cicatrius ocupen els llocs que serviren de seient als tuberculs vascularitzats o condilomes.

Altre rastre, més important encara, resta en la iris una vegada curada la inflamació sifilítica, ço és, l'esclerosi dels seus capil·lars. Aquesta esclerosi, que solament pot ésser vista al microscopi, el clínic, la suposa per l'aspecte decolorat groguenc i fibrinos de la membrana.

La iritis és, doncs, una manifestació greu de la infecció sifilítica. Mes un tractament ben dirigit i fent ús dels medicaments heroics de què disposem avui dia, en moment oportú, millora d'una manera brillant el pronòstic.

Existeix, ultra la iritis plàstica, la iritis serosa. Aquesta la veiem evolucionar, quasi sempre, en individus afectats d'una sífilis benigna, millor dit, quasi sense símptomes delators. A voltes

per ella es diagnostica una sífilis no coneguda. Evoluciona d'una manera sub-aguda. Pot coincidir amb una diàtesi reumatismal i fer-nos confondre en el seu diagnòstic.

TRACTAMENT

Schmidt, en 1801, lograva bons resultats amb l'ús de la belladona i amb el *hyosciamus* (Schmidt no obstant, creia que totes les iritis eran traumàtiques). L'acció de la belladona damunt l'iris, ja havia sigut observada en 1693 pel botànic Jean Rav. Hinly que aconsellava, a mitjans del segle XIX, els midriàsics en les sinèquies. Mentre a Alemanya s'utilitzava el *hyosciamus*, a França es preferia l'ús de l'atropa-belladona. Més tard (1840), en contes dels extractes, es serviren dels alcal·loides descoberts en aquestes plantes: la hiosciamina (1823) i l'atropina (1819).

L'atropina, des d'aquesta època, ha vingut defensant un sens nombre d'ulls condemnats a la ceguera. Doncs instal·lada al seu degut temps, defensava al cristal·lí de la implantació de les temibles sinèquies que caracteritzen dita malaltia, i, de localitzar-se, ho feien en la perifèria, lloc en el qual no influeixen en molt per a perjudicar la visió ulterior.

Va venir després la classificació de les iritis, i, si bé el tractament local no varià gran cosa, s'afegí a aquest un tractament coadjuvant general, administrant els salicilats a les reumàtiques; de la mateixa manera que les friccions mercurials vingueren a escursar la durada de les iritis luètiques, tractades, fins aleshores, tant sols localment.

Ultra els midriàsics i els altres medicaments locals, la iritis sifilítica mereix o exigeix un tractament general adequat, un tractament antisifilític. Es pot dir fins avui que els preparats de mercuri i iode eren els usats exclusivament. El segon d'aquests medicaments, on dóna millors resultats, i per tant, on té sa major indicació, és en la iritis terciària gomosa, millor que en la de què ens ocupem en aquestes modestes ratlles. En canvi, el mercuri ha vingut essent l'arma de lluita en el tractament d'aquesta dolença ocular, malaltia en la qual ha sigut preconitzat en totes ses formes, encara que les més usades pels oculistes són les friccions d'ungüent mercurial.

Avui posseïm medicaments molt més potents que els que veníem usant fins al dia, i llur energia l'utilitzem a manera de fuetada en l'avenç de la curació de la malaltia. Em refereixo als

medicaments arsenicals. Els èxits obtinguts pel tractament amb el novarsenobenzol en la iritis sifilítica, són els que m'han induït a escriure aquest treball.

Des de que s'usen els preparats arsenicals en el tractament de la sífilis podríem senyalar tres èpoques: 1.^a època, o sigui la del descobriment de dits preparats, o sigui la dels grans èxits seguits dels grans fracassos (ja sigui per tècnica deficient o per toxicitat dels preparats). 2.^a època, l'època abstencionista, en la que es preferien els remeis antics del mercuri i del iodur en tractament perllongat, a exposar el malalt a una de les moltes complicacions oculars que es presentaven aleshores, després de l'ús dels preparats arsenicals; i 3.^a, l'època present, de dubte, referent a si es tenen d'usar o no davant de malalties oculars que sofreix un malalt sifilític.

Segons la meua experiència personal, es pot injectar el 914 a tot malalt sifilític amb manifestacions o sens manifestacions oculars, siguin aquestes de la índole que es vulgui, doncs als efectes manifestos de milloria de l'estat general que consecutivament i indiscutiblement seguiran a la injecció, en l'aparell de la visió, podran o no millorar-se llurs dolences, però agreujar-se mai. Això respon al tractament actual de les neuritis i de les atrofies del nervi òptic per dit preparat i el tractament de la retinitis sifilítica atrofica, pel mateix procediment.

Si bé està avui demostrat que el novarsenobenzol és el més eficaç dels medicaments que posseïm en el tractament de la sífilis, no per això és menys cert que l'ús del mateix troba una certa resistència per part d'un gran nombre de metges que no tenen el costum de les injeccions intravenoses. Ja que la sífilis constitueix, avui per avui, un immens perill per a la rassa, és doncs, indispensable, dir una vegada més, que aquesta petita intervenció no deu ésser considerada com a difícil, ni exposa a les complicacions oculars de què fins fa poc se la feia responsable.

És del terreny de l'oculista la injecció dels preparats arsenicals?

És indiscutible que un malalt sens altra manifestació externa sifilítica que la iritis, instintivament vindrà a consultar-nos a nosaltres, i, que, sens perdre temps, s'ha de tractar. Sent la injecció dels preparats actuals d'arsènic d'una tècnica tan reduïda i senzilla i d'efectes sumament ràpids, per quina raó hem de tractar a dit malalt amb midriàsics i antiflogístics? Quan sabem

que podem tirar mà de medicaments tan preciosos com és el novarsenobenzol, que ens va a proporcionar una curació en poques hores, d'una malaltia que abans necessitava dos o tres mesos! L'oculista no sols pot, sinó que deu injectar a tot malalt afectat d'iritis sifilitica; fent-ho així va aconseguir els seus millors èxits, sens perjudici de què després pot aconsellar al malalt que vagi a consultar un sifiliògraf per a que li institueixi una medicació a fons per a tractar sa malaltia general.

CONCLUSIONS

El 914 no és mai tòxic per l'ull.

Es d'efectes sorprenents en el tractament de la iritis sifilitica, per la milloria que provoca al cap de poques hores d'injectat.

Convé no sobrepassar en gaire la dosi de centígram per quilo.

Encara que el 914 sigui d'efectes ràpids, no vol dir que es tinguin de deixar d'usar els midriàsics.