



OFTALMOLOGIA.

ESTADÍSTICA.—OBSERVACIONES CLÍNICAS.—

NOTAS FISIOLÓGICAS.—ESTADO DEL ORGANISMO EN LAS

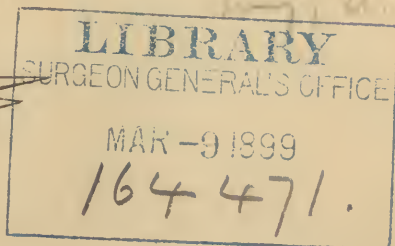
AFECCIONES OCULARES.—TERAPÉUTICA.

POR EL

Dr. ENRIQUE LOPEZ,

OCULISTA DEL HOSPITAL MERCEDES.

*presented by Maj. S. B. Knott
U.S. Army*



HABANA.

IMP. Y PAPELERIA "LA UNIVERSAL," DE RUIZ Y HERMANO, SAN IGNACIO 15.

1890.

WW
L8640
1906
Ser. 1

ABREVIATURAS.

T.....	tensión intraocular.
V.....	vista.
O. D.	ojo derecho.
O. I.	ojo izquierdo.
p. l.	percepción luminosa.
d.	dioptria.
C. v.	campo visual.
n.	normal.
R.	refracción.
E.	emmetropia.
H.	hipermetropia.
M.	miopia.
A.	astigmatismo.

INDICE.

	PÁGINAS.
Introducción.....	1
Ojos (enfermedades de los).....	5
Frecuencia	5
Edades.	6
Sexos.....	8
Razas	9
Profesiones.....	13
Estadística.....	14
<i>Cara</i> (enfermedades de la).....	18
Parálisis facial.....	18
Neuralgia del trigemino.....	19
Zona oftálmico.....	20
Madarosis.....	21
Quiste dermoideo de la ceja.....	21
Erisipela de la cara.....	21
<i>Párpados</i> (enfermedades de los).....	23
Equímosis.....	23
Edema.....	24
Eczema.....	24
Xantelasma	26
Papiloma	27
Millet	28
Epitelioma	28
Chalazión.....	28
Orzuelo	28

Blefaritis.....	29
Triquiiasis	30
Entropión.....	30
Ectropión	31
Espasmo del orbicular.....	32
Ptosis	33
Anquiblefaron	33
Simblefaron	33
Epicantus.....	34
<i>Aparato lacrimal</i>	35
Quiste de la glándula.....	35
Dacrio-cistitis	36
Estrechez del canal nasal.....	38
Fístula lacrimal.....	40
Epifora	40
<i>Globo ocular</i> (afecciones del).....	42
Comoción.....	42
Heridas.....	42
Quemaduras.....	45
Tumores.....	46
Exoftalmia.....	48
Atrofia del bulbo ocular.....	50
<i>Conjuntiva</i> (enfermedades de la).....	51
Hiperemia.....	51
Oftalmias.....	51
Oftalmia catarral.....	53
» purulenta.....	55
» pustulosa.....	56
» granulosa.....	60
Conjuntivitis traumática.....	63
Equímosis.....	63
Cuerpos extraños.....	63
Lipoma.....	64
Hipertrofia de las papilas.....	64

Hipertrofia de la conjuntiva.....	64
Varices	64
Pterygion	65
<i>Cornea</i> (enfermedades de la).....	77
Queratitis superficial.....	77
Herpes.....	78
Queratitis intersticial.....	81
» parenquimatosa	87
Cuerpos extraños.....	89
Ulceras.....	91
Leucomas	94
Queratocono.....	99
Atrofia	99
Necrosis.....	106
Fotofobia	106
<i>Esclerótica</i> (afecciones de la).....	107
Escleritis.....	107
<i>Tractus uvéal</i> (afecciones del).....	109
Iritis.....	109
Hernia	113
Sinequias anteriores.....	114
» posteriores.....	116
Exudado pupilar.....	117
Atonia del iris.....	118
Irido-coroiditis.....	118
Esclero-coroiditis.....	119
Coroiditis.....	121
» atrófica.....	122
» exudativa.....	126
Corio-retinitis.....	129
Glaucoma.....	131
Hialitis.....	140
Copos de h. vitreo.....	141
<i>Cristalino</i> (afecciones del).....	144


Catarata congénita.....	144
» senil.....	145
» traumática.....	154
» regresiva.....	156
» capsular	157
» secundaria.....	158
Luxación del cristalino.....	158
<i>Nervio óptico y retina</i>	159
Neuritis óptica.....	159
Atrofia de la papila.....	161
Neuro-retinitis	167
Retinitis	169
» pigmentaria.....	169
» albuminúrica.....	171
» sífilítica	173
» hemorrágica.....	174
» por glaucoma.....	174
Hemorragias de la retina	175
Desprendimiento de la retina	179
<i>Ambliopias</i>	182
Hemeralopia.....	182
Ambliopias.....	183
Ambliopia alcohólica.....	183
» atáxica... ..	186
» histérica.....	186
» quínica.....	187
» por pérdida de sangre.....	188
» por diabetes insípida.....	188
» por falta de uso.....	190
» de causa desconocida.....	190
Temblor de los objetos.....	190
Nistagmus.....	190
<i>Músculos oculares</i> (afecciones).....	193
Astenopia acomodativa.....	194

Estrabismo convergente.....	194
Astenopia muscular.....	196
Parálisis del 3. ^{er} par.....	197
» del 4. ^o par.....	198
» del 5. ^o par.....	198
» del 6. ^o par.....	198
Notas.....	199
NOTAS FISIOLÓGICAS.....	201
<i>Refracción</i>	203
Miopia.....	203
Hipermetropía.....	205
Astigmatismo.....	208
<i>Coloración del iris</i>	210
Despigmentación del iris.....	210
Iris azul.....	211
» verde.....	211
» pardos.....	211
<i>Reflejo verde del cristalino</i>	212
<i>Arco senil</i>	216
Pigmento de la conjuntiva.....	218
ESTADO DEL ORGANISMO EN LAS ENFERMEDADES	
OCULARES.....	219
Anemia.....	221
Linfatismo. Esclerófula.....	222
Raquitismo.....	223
Tuberculosis.....	224
Sífilis.....	224
Lepra.....	226
Cáncer.....	226
Reumatismo.....	227
Paludismo.....	227
Diabetes.....	227
Albuminuria.....	227
Alcoholismo.....	228

Viruela	231
Idiotismo.....	231
Histerismo	232
Epilepsia	232
Hemiplegia.....	232
Ataxia locomotriz.....	232
Esclerosis en placas	233
Meningitis	233
Jaquecas.....	234
Cardiacos.....	234
Gangrena simétrica.....	234
Bocio exoftálmico.....	234
Úlceras en las piernas.....	235
Dentición.....	235
Extreñimiento.....	235
Hemorroides	235
Cirrosis hepática.....	235
Afecciones nasales.....	235
» de la vejiga.....	235
Sordera	235
TERAPEUTICA.....	237
<i>Terapéutica higiénica</i>	239
<i>Farmacología</i>	245
Anestésicos	253
Midriáticos	255
Antisépticos.....	259
<i>Operaciones</i>	261
Párpados.....	262
Xantelasma.....	262
Anquiloblefaron.....	262
Cantoplastia	262
Chalazion	263
Triquiiasis.....	263
Entropion ..	263

Ectropion	263
Vías lacrimales.....	264
Orbita	266
Tumor de la órbita.....	266
Enucleación	267
Músculos motores del ojo.....	267
Conjuntiva	268
Pterygion	268
Cornea.....	270
Tatuage	270
Paracentesis ..	271
Esclerótica.....	271
Iris	272
Cristalino	272
Extracción de catarata.....	272
Discisión de la catarata secundaria.....	281
Erratas principales.....	283

PROLOGO.



ESTE trabajo es producto de la observación. Notas clínicas tanto de las afecciones comunes como de casos curiosos, recogidos á medida que se ofrecieron á mi estudio, sirvieron para formarlos. Me ha servido de estímulo la protección que me han dispensado desde el principio de mi carrera práctica, los Doctores D. Gutierrez, de Cárdenas, á cuyo lado practiqué mis primeros trabajos á mi regreso de Paris; y en esta ciudad los Doctores Nuñez, director del Hospital Nuestra Señora de las Mercedes, nombrándome médico honorario del mismo, al Doctor Menocal que me cedió generosamente el servicio oftalmológico de dicho Asilo; y á los profesores de la facultad, Doctores Bango y Castro que me han honrado repetidas veces permitiéndome contribuir á la vulgarización de esta rama de la medicina entre los alumnos de sus clínicas.



INTRODUCCION.

Cualquiera estadística médica de la Isla de Cuba es interesante por el estudio comparativo de las razas. En efecto, tres puras y una mestiza pueblan nuestro suelo, formando un total de 1.500,000 habitantes.

Según el censo de 1884, se descompone la población del modo siguiente:

CENSO DE POBLACION EN 1884.	
Blancos	1.010,000
Chinos	30,000
Negros	460,000
TOTAL	<hr/> 1.500,000

En este censo los mestizos quedan comprendidos en la co-

lumna de los negros, de los cuales se consideran como una variedad; pero atendido el carácter de nuestra estadística, los miramos como una raza distinta, haciendo ascender su número á una cuarta parte del total de individuos de color.

En este caso se obtiene el siguiente resultado:

RAZAS EN 1884.	
Blanca.....	1.010,000
China.....	30,000
Negra.....	345,000
Mulata.....	115,000
TOTAL.....	1.500,000

Nada más abigarrado que la población de este país. Cada una de esas distintas razas ofrece una distribución digna de fijar la atención.

Los *blancos* se subdividen en:

Peninsulares.....	140,000
Extranjeros.....	10,000
Criollos.....	860,000

Los dos primeros grupos de blancos se componen en su inmensa mayoría de varones adultos entregados á profesiones industriales y comerciales. Los criollos constituyen la población sedentaria, indígena, distribuidos en la habitual proporción por sexos y edades.

La raza *mongólica*, cuyo exiguo número decrece rápidamente, solo está representada por individuos del sexo masculino y de edad correspondiente á la segunda mitad de la vida. El linfatisimo y la falta de reacción vital á los agentes morbosos figuran entre los caracteres propios de esta raza.

Los *negros*, aparte el número ya reducido de africanos, for-

man una población indígena repartida con regularidad por sexos y edades, del mismo modo que los blancos criollos. El negro criollo es inteligente y bien constituido, y forma la clase más pobre de nuestra población, dedicado principalmente á oficios mecánicos.

Los *mulatos* constituyen un grupo mixto de blanco y negro (generalmente de hombre blanco y mujer negra), de color pardo y con caracteres de las razas de que proceden. Su organización por regla general es menos robusta que la de sus progenitores.

Los cuarterones, mezcla de blanco y mulato, ofrecen un tipo muy análogo á los primeros, que por consiguiente incluimos entre los criollos blancos.

Para apreciar la proporción de las razas en los estados patológicos que hemos de examinar, establecemos la siguiente proporcionalidad por 100 habitantes:

Blancos..... ,.....	67.3
Chinos.....	2.0
Negros.....	23.0
Mulatos.....	7.7
	<hr/>
	100.0



ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

Las enfermedades de los ojos son comunes en Cuba. En la estadística que hoy presentamos, basada en 1,000 observaciones, figuran la mayor parte de las afecciones oculares conocidas. Un capítulo general sobre la frecuencia de las afecciones, sobre las edades, sexos y razas, precederá á la descripción de las especie morbosa.

FRECUENCIA.

La mayor parte de las enfermedades de los ojos figuran en los cuadros de la estadística. La proporción para cada una de ellas es sensiblemente igual á la que se observa en otros climas, como lo demuestra el cuadro adjunto, que resume las observaciones de Galezowski, en Francia, de Rydel, en Polonia y en la tercera columna la estadística que nos ocupa.

En los tres países son más frecuentes las enfermedades de la conjuntiva; y siguen en serie decreciente las de la cornea, del iris y coroides, del cristalino y de los párpados. Son mucho menos comunes las afecciones de las demás regiones ó membranas.

CUADRO COMPARATIVO

DE LA FRECUENCIA DE LAS AFECCIONES OCULARES.

ENFERMEDADES DE	PROPORCION POR CIENTO		
	FRANCIA	POLONIA	CUBA
Afecciones de la cara.....	1.20	.....	2.13
„ parpebrales.....	9.00	8.63	9.29
„ lacrimales.....	4.20	1.68	2.36
„ globo.....	0.20	2.08	5.71
„ conjuntiva.....	22.20	32.71	23.53
„ cornea.....	30.20	22.66	18.28
„ esclerótica.....	1.40	0.78	0.30
„ iris y coroides.....	11.40	10.79	12.80
„ cristalino.....	6.40	10.10	10.59
„ retina y n. óptico.....	2.60	4.10	4.80
„ ambliopía.....	1.30	0.38	5.40
„ músculos rectos.....	2.10	1.25	4.41
„ órbita.....	.....	0.16	.....
Refracción.....	8	4.58	.....
Total.....	100.40	99.90	100.00

Las diferencias más notables se refieren á las ambliopías, que arrojan para Cuba un 5.40 p.∞, mientras que solo alcanzan 1.30 en Francia, y 0.38 en Polonia. Al ocuparnos de este desorden funcional insistiremos sobre su frecuencia y la variedad de las causas que lo determinan.

También aparecen entre nosotros dos veces más frecuentes las enfermedades de los músculos motores del globo ocular.

En nuestro cuadro no se indica el estado de la refracción, que no debe considerarse como fenómeno patológico, y de cuyo punto trataremos en un capítulo adicional.

E D A D E S.

Las afecciones oculares se observan en todas las edades, desde la vida intrauterina hasta la senectud más avanzada: entre estos mil enfermos figuran la catarata congénita y las oftal-

mias de los recién-nacidos, por una parte, y por otra, cataratas seniles en individuos centenarios.

Para mayor claridad en la clasificación de las edades hemos dividido la vida en tres periodos basados en el desarrollo de las funciones generadoras en la mujer: 1º Infancia, hasta los 15 años;—2º Virilidad, ó periodo de aptitud generadora, que termina á los 50 años;—y 3º Senectud, desde esta última edad en adelante:

EDADES.	Blancos.		Chinos	Mulatos		Negros.		Total.
	V.	H.		V.	H.	V.	H.	
Infancia	69	77	.....	12	11	5	3	177
Virilidad	305	118	32	23	27	32	36	573
Senectud	107	69	19	5	6	22	22	250
Total	481	264	51	40	44	59	61	1000

Los ojos no sufren proporcionalmente á las edades. Según un cálculo aproximado, la población se descompone en

Niños	$\frac{1}{3}$
Adultos	$\frac{1}{2}$
Ancianos	$\frac{1}{6}$

Ahora bien, de la comparación de ambos cuadros se deduce que los adultos sufren de los ojos proporcionalmente á su población, mientras que los términos están invertidos para las edades extremas de la vida, puesto que en los mil enfermos á que nos referimos, un tercio han sido ancianos, y los niños solo componen una sexta parte.

En suma, las afecciones oculares son muy frecuentes en la vejez, y menos comunes en la infancia que en la edad adulta.

Las enfermedades que principalmente se observaron en la primera edad fueron las escrofulosas localizadas en las membranas externas, las de los párpados, y el estrabismo convergente.

En la virilidad se presentaron tanto las afecciones internas como las externas; las neuralgias, chalazión, orzuelos, xantelas-

mas, traumatismos, pterygion, iritis, coroiditis, retinitis, hemorragias intraoculares, neuritis, atrofas, ambliopías y astenopiasto.

En la vejez: las eataratas, los glaucomas, y muchas de las enfermedades indicadas en los adultos.

Los leucomas se observan en todas las edades; pero las ulceraciones que los producen generalmente existieron en la infancia.

La frecuencia de las enfermedades de los ojos sigue por consiguiente la misma proporción que las edades, es decir, que á mayor número de años corresponde mayor frecuencia de enfermedades.

Y en fin, respecto al sitio de la enfermedad, esta estadística demuestra que predominan en la infancia las afecciones externas, que se equilibran éstas con las internas en la virilidad, y que abundan en la senectud las enfermedades de las partes profundamente situadas en el globo ocular.

SEXOS.

El sexo masculino ha sido atacado con mayor frecuencia. Las hembras solo figuran en poco más de la mitad de los casos observados en los varones.

SEXOS.	NUMERO.
Varones	631
Hembras	369
Total.....	1000

Esta desproporción se explica, por hallarse el hombre más expuesto á las causas que determinan enfermedades oculares, en gran número traumáticas y profesionales. Así vemos la frecuencia con que los campesinos padecen el pterygion, por la acción repetida del polvo sobre la conjuntiva, y la eatarata dura,

por la acción del calor solar; los carpinteros y herreros sufren traumatismos diversos, los alcoholistas ambliopías, y así gran número de enfermedades dependientes de trabajos en su mayor parte ejercidos por hombres.

Pero todas las enfermedades oculares pueden padecerlas ambos sexos. Solo hay diferencia en la frecuencia ó en las condiciones á que cada uno de ellos está sometido por el género de vida ó las profesiones que ejercen.

A medida que hagamos la descripción de las diversas enfermedades estableceremos la comparación de los dos sexos, haciendo resaltar la causa de la desproporción en que son atacados. Por ahora solo haremos constar que son propias de los varones las enfermedades profesionales, y la mayor parte de los traumatismos; mientras que en las mujeres se observan con frecuencia las oftalmías pustulosas y las neuralgias de la cara.

R A Z A S .

Las cuatro razas que habitan nuestro suelo presentan diferencias en la frecuencia y clase de enfermedades que padecen.

Los mil enfermos de esta estadística sufrían 1306 enfermedades, diferencia que se explica porque á menudo se observan en la misma persona dos ó tres padecimientos; así, nada más común que la coincidencia del pterygion ó afecciones palpebrales, con otras enfermedades de los ojos, ó bien el entropión, conjuntivitis, leucomas, sinequias, presentándose como complicaciones ó terminaciones de otras enfermedades, ó ya también se observan afecciones distintas en cada uno de los ojos.

En primer término, presentamos un cuadro de las razas por enfermos, y en otro por enfermedades. Según el primero, padecen más de los ojos los chinos, en proporción casi igual los blancos y mulatos, y en fin, los negros son los que menos padecen de afecciones oculares relativamente á su población, no llegando en ellos la frecuencia proporcionalmente á la mitad que en la raza blanca.

RAZAS.	
Blanca.....	730
China.....	53
Negra.....	131
Mulata.....	86
Total.....	1000

La raza negra, que la naturaleza ha dotado de una robusta constitución física y de mayor grado de resistencia á las enfermedades en nuestro clima, es la que sufre menos de los ojos, sin embargo de que su miseria, y las peores condiciones higiénicas en que generalmente vive, son circunstancias apropiadas para el desarrollo de múltiples afecciones.

AFECCIONES DE LOS OJOS EN LAS DIVERSAS RAZAS:

RAZAS	AFECCIONES.													Total de enfermedades.		
	De la cara	Párpados	Aparato lacrimonal	Conjuntiva	Córnea	Esclerótica	Iris	Coroides	Retina	Cuerpo vítreo	Nervio óptico	Cristalino	Ambliopías		Músculos motores	Globo ocular.
Blanca.	14	99	22	216	169	3	66	44	24	17	26	91	37	73	45	946
China.	7	6	...	23	21	1	5	3	.	1	1	9	...	...	7	84
Mulata.	5	12	4	30	23	...	7	3	1	1	1	4	2	8	8	109
Negra.	2	5	5	40	31	...	10	15	1	1	9	28	5	4	11	167
Total.....	28	122	31	309	244	4	88	65	26	20	37	132	44	85	71	1306

La raza china, en cambio, á pesar de su exiguo número, de sus aficiones comerciales, que le permiten llevar una vida sosegada, y de la repugnancia que tiene á consultarse con los médicos de raza blanca, es la que proporcionalmente sufre más del órgano de la vista; y las afecciones son más graves en ella que en las otras razas, como lo demuestra, sin necesidad de estadísticas, el considerable número de sus individuos ciegos que imploran la caridad pública.

Detallando más aún el cuadro de las razas, tendremos el siguiente:

Blancos	{	Criollos	525
		Peninsulares	185
		Extranjeros	20
Chinos .....		.....	53
Negros.....	{	Criollos	87
		Africanos	44
Mulatos .....		.....	86

El cuadro segundo indica las enfermedades que atacaron á cada raza y su frecuencia relativa. Por el examen de dicho cuadro se ve que fueron más frecuentes en la raza blanca las enfermedades de la conjuntiva, de la retina, del cristalino, de los músculos motores, y las ambliopías, y de un modo general puede decirse que ha sido la raza que presentó mayor variedad de afecciones.

En los chinos fueron proporcionalmente más comunes las enfermedades de la cornea que llaman la atención por su frecuencia, de la conjuntiva, de la cara, de la esclerótica, y del globo ocular (atrofia del bulbo) Pero no se observó en ellos ni un solo caso de enfermedades del aparato lacrimonal, de la retina, de los músculos motores, ni ambliopías sin lesión material. Los chinos sufren más de la vista de lo que indica la estadística, porque éstos individuos solo excepcionalmente acuden al médico.

La causa de la predisposición que ésta raza presenta á las afecciones oculares puede atribuirse sobre todo á su constitución delicada, escrofulosa. Aunque los chinos fuman opio, y abusan de este veneno, no he observado un solo caso de la ambliopía que se atribuye á dicha sustancia, ni he podido fijar en ella de

un modo directo la causa de ninguna de las enfermedades que padecen.

Los negros, aunque han padecido casi todas las enfermedades, ha sido siempre en número más reducido que el de las otras razas. Fueron en ellos más frecuentes las enfermedades de la coroides; y muy raras las de los párpados, conjuntiva y retina.

En los mulatos fueron comunes las afecciones de la cara; mas raras las de la retina, cuerpo vitreo, nervio óptico, y cristalino. Sufrieron las demás enfermedades en proporción sensiblemente igual á la raza blanca.

Resulta, pues, que según estas notas, hay afecciones que atacan á todas las razas con casi igual frecuencia, como sucede con las del iris; otras que son comunes á varias razas, como las del cristalino para los blancos, chinos y negros, mientras que en los mulatos son más raras; y otras en fin que son mucho más frecuentes en una raza que en las demás, como las de la retina en la blanca, de la cornea en la mongólica, y las neuralgias faciales en la mulata.

PROFESIONES.

Muchas enfermedades oculares se presentaron accidentalmente en individuos que ejercían profesiones variadas, que ninguna influencia tenían en el desarrollo de la afección; pero es indudable que otras veces las profesiones son causa determinante de algunas enfermedades. Así, la acción continuada del calor solar es causa de la frecuencia de la catarata dura en los campesinos, y los marinos, los maquinistas y carpinteros sufrieron con frecuencia traumatismos, los campesinos el pterygion, etc.

Al detallar la estadística haremos notar la influencia que las profesiones puedan tener en la producción de las enfermedades.

Ciertos hábitos viciosos determinan ambliopías, como el alcoholismo.

ESTADISTICA DE 1000 ENFERMOS

ENFERMEDAD	Edades extremas.	SEXO.		RAZAS.				TOTAL	
		V.	H.	B.	Ch.	M.	N.		
Afecciones de la cara.	Parálisis facial.....	35—82	4	3	6		1	7	
	Neuralgia del trigémino	15—50	...	6	3		3	6	
	Zona oftálmico.....	60—	1	...	...	...	1	1
	Madarosis	10—60	11	...	3	7	1	11	
	Quiste dermoideo de la ceja	2—	...	1	...	...	1	1
	Hipertrofia de los senos frontales	27—	1	...	1	...	...	1
	Erisipela de la cara ...	8—	...	1	1	...	...	1
Afecciones de los párpados.	Equimosis.....	6—64	2	1	3	...	...	3
	Heridas	5—25	3	1	3		1	4	
	Quemaduras.....	5—	...	1	1	...	...	1
	Fistula palpebral.....	37—	...	1	1	...	...	1
	Edema	17—25	...	2	2	...	...	2
	Eczema	8m—64	4	4	7		1	8	
	Xantelasma	38—55	4	2	6	...	...	6
	Papiloma.....	14—	1	...	...	...	1	1
	Millet	64—	...	1	1	...	...	1
	Epitelioma.....	50—	1	...	1	...	...	1
	Chalazión.....	20—50	2	3	2		1	2	5
	Orzuelo	12—50	8	2	8		2	10	
	Blefaritis.....	1—82	28	17	43		2	45	
	Triquiasis.....	23—50	1	2	3	...	...	3
	Entropion	23—53	4	1	2	3	...	5	
	Ectropion	17—80	12	3	7	3	3	2	15
	Espasmo del orbicular.	27—75	2	1	2		1	...	3
Ptosis	6—51	4	...	4	...	...	...	4
Anquiblefaron.....	33—	1	...	1	...	...	...	1
Simblefaron	25—55	2	...	1	...	...	1	2
Epicantus	1—	1	...	1	...	...	...	1
Afecciones del aparato lacrimonal.	Quistes de la glándula	35—	...	1	1	...	...	1
	Dacriocistitis.....	17—55	1	6	5		2	7	
	Estrechez del canal nasal	10—60	7	11	13		1	4	18
	Fistula lacrimonal.....	3—45	1	2	1		1	1	3
	Epifora	18—37	2	...	2	2

ENFERMEDAD	Edades extremas.	SEXO.		RAZAS.				TOTAL
		V.	H.	B.	Ch.	M.	N.	
Afecciones del globo ocular.								
Comoción	30—65	...	2	2	...	...	...	2
Heridas	5—57	11	1	9	1	1	1	12
Quemaduras	16—70	3	2	2	...	1	2	5
Tumores	34—69	3	3	3	1	...	2	6
Exoftalmia	45—85	4	1	3	1	...	1	5
Atrofia del bulbo....	5—81	32	9	26	4	6	5	41
Afecciones de la conjuntiva								
Hiperemia	15—55	5	2	6	...	...	1	7
Oftalmia catarral.....	2—85	56	50	77	3	14	12	106
„ purulenta	12d—69	5	3	6	...	...	2	8
„ pustulosa	8m—35	26	39	51	...	10	4	65
„ granulosa	4—55	24	11	25	8	1	1	35
Conjuntivitis traumática	25—45	1	1	1	...	1	...	2
Equimosis	10—35	3	...	1	...	...	2	3
Cuerpos extraños.....	2c—26	1	1	1	...	...	1	2
Lipoma	15—	...	1	1	...	...	...	1
Hipertrofia de las papi- las	12—	1	...	1	...	...	...	1
Hipertrofia de la conjun- tiva	17—30	1	1	...	...	...	2	2
Varices	17—	1	...	...	...	...	1	1
Pterygion	20—72	56	20	46	12	4	14	76
Afecciones de la córnea.								
Queratitis superficial...	15—37	1	3	2	...	2	...	4
„ intersticial ..	4—79	13	8	14	2	4	1	21
„ parenquima- tosa	3—40	10	1	6	1	3	1	11
Cuerpos extraños.....	12—50	11	2	10	1	1	1	13
Ulceras	2—88	31	13	31	7	3	3	44
Leucomas	0—90	74	50	89	6	8	21	124
Herpes	1—39	2	3	3	...	...	2	5
Queratocono.....	40—	1	...	1	...	...	...	1
Atrofia	5—60	17	2	13	4	2	...	19
Necrosis	42—	1	...	...	...	...	1	1
Fotofobia	52—	1	...	...	...	...	1	1
Afecciones de la esclerótica.—Escleritis								
.....	14—50	2	2	3	1	...	...	4

ENFERMEDAD		Edades extremas.	SEXO.		RAZAS.				TOTAL
			V.	H.	B.	Ch.	M.	N.	
Afecc. del tractus aveal y cuerpo vítreo	Iritis	71—58	24	5	23	...	1	5	29
	Hernia	14—57	2	...	1	...	...	1	2
	Sinequias anteriores.....	2—55	20	13	23	2	3	5	33
	„ posteriores ..	5—55	10	1	9	1	1	...	11
	Exudado pupilar	5—60	5	2	5	1	1	...	7
	Atonia del iris.....	69—85	2	...	1	...	1	...	2
	Irido-coroiditis	5—60	8	3	8	1	...	2	11
	Ceroiditis	19—90	11	3	11	1	...	2	14
	Corio-retinitis	25—72	4	...	4	...	...	...	4
	Glaucoma	4—106	27	16	27	2	3	11	43
	Hialitis	35—	...	1	1	...	...	...	1
Copos de humor vítreo..	22—68	12	4	14	1	1	...	16	
Afecciones del cristalino	Catarata dura (senil)...	38—106	63	39	74	8	1	19	102
	„ traumática	17—60	9	1	5	...	1	4	10
	„ regresiva	15—43	8	3	6	1	1	3	11
	„ congénita (Zonular).....	17—43	2	...	1	...	...	1	2
	„ capsular	40—	...	1	1	...	...	...	1
	„ secundaria ...	47—58	1	2	2	...	1	...	3
Luxacion del cristalino..	60—79	2	1	2	...	...	1	3	
Afecciones de retina y nervio óptico.	Neuritis óptica	15—68	6	1	3	...	1	3	7
	Atrofia de la papila ..	25—70	17	6	16	1	...	6	23
	Neuro-retinitis	22—52	7	...	7	...	...	...	7
	Retinitis	28—71	10	3	11	...	1	1	13
	Hemorragias de retina	17—60	6	...	6	...	...	...	6
	Desprendimiento retina. na.....	30—65	3	4	7	...	...	...	7
Ambliopías.	Hemeralopía	49—59	2	...	2	...	...	...	2
	Ambliopías	7—68	27	3	26	...	...	4	30
	Temblor de los objetos..	32—	1	...	1	...	...	...	1
	Nistagmus	1—58	7	4	8	...	2	1	11

ENFERMEDAD	Edades extremas.	SEXO		RAZAS.				TOTAL
		V.	H.	B.	Ch.	M.	N.	
Muecas de los músculos oculares { Astenopia acomodativa. Estrabismo convergente " divergente . Astenopia muscular.... Parálisis del tercer par.. " del cuarto " " del quinto " " del sexto "	9—50	13	14	22	...	4	1	27
	1m—34	13	23	32	...	4	...	36
	1—44	6	6	9	...	...	3	12
	22—	1	...	1	...	...	...	1
	35—51	3	...	3	...	...	...	3
	47—	1	...	1	...	...	...	1
	37—	1	...	1	...	...	...	1
24—47	2	2	4	...	...	...	4	





ENFERMEDADES DE LA CARA.

Antes de entrar en la descripción de las enfermedades incluídas en la estadística debo hacer constar que no son más que síntomas algunas de las indicadas, bien porque hayan sido objeto de una consulta ó porque accidentalmente se haya querido anotar un fenómeno ocular curioso de una afección general. Tal sucede con los casos de madarosis, hipertrofia de los senos frontales, equimosis palpebral, sinequias, etc.

PARALISIS FACIAL.

Número.	Edad.	Sexo.	Raza.	Profesion.	Causa.	Nervios.	Antigüedad.
1	40	H	N	su casa		D	6 años
2	40	V	B	„	enfriamient.	D	reciente
3	35	V	B	„	„	D	5 días
4	82	H	B	„	ateroma	D	1 día
5	75	H	B	„		D	
6	50	V	B	carpinterº	traumatism.	I	
7	54	V	B	escribient	enfriamientº	I	1 día

Los siete enfermos de parálisis facial eran mayores de 35 años, la mayor parte blancos, y en casi igual proporción los dos sexos.

Con más frecuencia fué atacado el séptimo par derecho que el izquierdo, diferencia que tal vez sea casual.

La causa más frecuente es un enfriamiento rápido. En algunos de estos casos se observó la parálisis en el momento de recibir el sujeto una corriente de aire frío en la cara.

La observación 2 se refiere á un individuo que después de haber sufrido la dislaceración de la cápsula del cristalino, permanecía en una habitación de un hotel separado de los demás salones por tabiques de 2.m altura. Al cuarto día después de una noche lluviosa y fría despertó con una parálisis del séptimo par derecho. No es menos notable la observación 7 de un señor que fué atacado de parálisis facial izquierda en el momento de salir de su cuarto y atravesar el patio una noche de luna.

Los traumatismos son también causa de parálisis. El enfermo de la observación 6 era un carpintero que cayó de un andamio recibiendo el choque en la cabeza; tuvo pérdida de conocimiento, se observaron trastornos de las facultades intelectuales, parálisis del tercero y séptimo par izquierdos, y dificultad de la palabra.

Y en fin, en la observación 4 por ateroma arterial se produjo durante el sueño una parálisis facial derecha de origen central, limitada á la rama inferior del nervio.

El tratamiento consistió en los medios habituales; excitantes, electricidad. La mejoría se obtiene lentamente.

NEURALGIA DEL TRIGEMINO.

En este lugar solo incluimos los casos de neuralgia primitiva, esencial, reservándonos hablar más adelante de las subsecuentes á iritis traumáticas (operatorias), y de las dependientes del glaucoma.

Los seis casos observados se presentaron en individuos del sexo femenino y de edad adulta, de los cuales tres fueron blancos y tres mulatos. Ocupaban todas ó algunas de las ramas del nervio, y su intensidad varió desde un ligero dolor hasta sufrimientos atroces. Duró en todas las enfermas más de siete días.

En dos casos estaba la neuralgia limitada á la rama oftálmica.

ca, sin inyección ocular ni contracción de los músculos de la cara. En los demás hubo tic, inyección vascular del globo, y fotofobia, y en dos casos epifora. Una vez hubo exacerbación marcada por las noches.—En una mujer blanca que desde dos años antes padecía de neuralgia facial izquierda con diplopia pasajera, y que asistí por un ataque ulterior, presentaba una parálisis del recto externo determinada por el ataque con desdoblamiento de las imágenes, tan incómoda, que para evitar el vértigo tenía que cubrir con una venda el ojo enfermo.

El tratamiento fué variado y consistió en la mayor parte de los casos en pomadas morfinadas $\frac{0.10}{10}$ $\frac{0.20}{10}$, inyecciones hipodérmicas de morfina; sulfato de quinina, y aconitina al interior; y revulsivos diversos. En ningún caso se obtuvo mejoría rápida.

Una de las neuralgias era doble, tres atacaron el lado derecho, y dos el izquierdo.

Una de las enfermas era costurera, otra cocinera, una lavandera y tres hacían las labores de la casa.

Meses en que fueron atacadas: Enero 3, Febrero 1, Marzo 1, Octubre 1.

Respecto á la causa, en ningun caso quedó comprobada la naturaleza palúdica, pues todas resistieron al empleo de la quinina, y se presentaron además en los meses en que es menos frecuente el paludismo.

ZONA OFTALMICO.

De esta afección tan rara que sólo he observado un caso entre mil enfermos, daré la observación completa:

M. G. (núm. 945) negro africano, campesino, de 60 años, fué atacado la noche del 1º de Junio de 1888 de fiebre con escalofríos y dolor violento en el lado izquierdo de la cabeza, y al día siguiente observó una erupción sobre el mismo lado de la frente. El cuarto día vino á consultarme, y comprobé grupos irregulares de vesículas, que desde la línea media, donde son aglomeradas se extienden por la región frontal izquierda, la región superciliar, y parte del lado correspondiente de la nariz. La sien no ha sido atacada. La mayor parte de las vesículas estaban en período de desecación, recubiertas de espesas costras amarillentas, duras, algunas grandes, pero también se veían vesículas recientes, opalinas, pequeñas, aisladas.

A la vez existía tumefacción de ambos párpados, particularmente del superior, pudiendo apenas entreabrirlos. Por parte de las membranas oculares una *conjuntivitis* intensa con quemosis y secreción purulenta.

El dolor muy intenso al iniciarse la enfermedad se hizo tolerable al desecarse las vesículas, aunqu se exacerbaba á la presión.

La causa se atribuye al enfriamiento y la humedad que había en la habitación del enfermo. No había recibido el menor traumatismo. La inflamación se extendía á todos los ramos de la oftálmica, particularmente á los nervios nasal y frontal.

Trat.—Purgante. Un gramo diario de quinina. Una pomada de resorcina 0,50, vaselina 10 grs. para cubrir la erupción. Y para la complicación ocular, lociones emolientes y un colirio débil de atropina.

A los once días muchas de las costras han caído después de ponerse negras, dejando al descubierto el dermis, y determinando una cicatriz aplastada, superficial. En el globo ocular, además de la conjuntivitis se ha presentado una *queratitis* con infiltración de la mitad inferior de la córnea. La atropina ha producido una dilatación irregular de la pupila por sinequias posteriores que denunciaban otra nueva complicación: la *iritis*.

A los dos meses la curación era completa no quedándole más que la cicatrices de la piel, aplastadas, pequeñas, excepto una de mayores dimensiones que al caer la costra estaba convertida en úlcera.

MADAROSIS.

La pérdida total y definitiva de las pestañas y de las cejas no es una enfermedad sino solamente un síntoma de una afección general: la lepra.

Al ocuparnos de las manifestaciones oculares diatésicas hablaremos detenidamente de este particular.

QUISTE DERMOIDEO DE LA CEJA.

Se observó un solo caso, congénito, en una niña de dos años, situado en la cola de la ceja derecha.

ERISPELA DE LA CARA.—OBSERVACIÓN.

Núm. 718. Niña blanca, de 8 años, linfática, se quejó al volver de la escuela el 20 de septiembre de 1887 de picazón en O. D.—A la mañana siguiente tenía fiebre elevada, con escalofríos y vómitos, que se repitieron al segundo día y empezó á manifestarse tumefacción y rubicundez en la mitad derecha de la cara.

El quinto día los párpados están muy abultados, violáceos, edematosos, dejan impresa la huella del dedo, y la tumefacción se extiende sin límites bien marcados hasta la región superciliar, la oreja, y el reborde de la mandíbula inferior, y por el dorso de la nariz tiende á invadir el lado izquierdo. Hay infarto de los ganglios parotídeos del lado derecho. El globo ocular se mantiene inmóvil, la pupila contraída, sensible á la luz, y tiene quemosis conjuntival en la mitad externa.

El séptimo día la inflamación ha ganado en extensión: la frente y los párpados del ojo izquierdo, pero el punto que aparece ser el origen de la afección es la región del saco lacrimal derecho, donde se ha presentado una flictena. La niña está adinámica, su voz es nasal.

El décimo día la presión del saco hace aparecer en la nariz una gota de pus, y por ser aquella la región más dolorosa me inclino á pensar en una dacriocistitis aguda.

En los días siguientes aumenta la gravedad; el oncenno tuvo un ataque de convulsiones; el décimo tercero día había postración, delirio, disfagia, piel ardiente.

Pero después del segundo septenario se disiparon todos los fenómenos graves, y la enfermita entró en convalescencia.

Durante todo el tiempo de enfermedad la fiebre fué continua y la temperatura osciló entre $38^{\circ}5$ y $40^{\circ}2$.

De acuerdo con los Doctores Lebedo, Albertini y Porto se sostuvo el diagnóstico de erisipela de la cara.

Un año después me hicieron notar sus padres un abultamiento notable de la pared ó sea de los senos frontales y de los huesos propios de la nariz, que persistía por consecuencia de su enfermedad erisipelatosa.

Este hecho me inclina á pensar en la misma causa en un tabaquero que vino á consultarme por una hipertrofia de los senos frontales para remediar la deformidad





ENFERMEDADES DE LOS PÁRPADOS

Las afecciones de los párpados han sido frecuentes y variadas en el curso de esta estadística; representan el 9.29 p^o de todas las enfermedades oculares.

EQUIMOSIS.

Una contusión del reborde orbitario determina á cierta distancia un equimosis por ruptura de los delicados vasitos de la piel de los párpados. En uno de los casos inscritos un golpe en la cola de la ceja produjo un equimosis del párpado superior separado del punto contundido por más de un centímetro de piel sana. Este equimosis tuvo al principio un color violado oscuro, que después fué más claro con bordes amarillentos, los que ganaron en extensión hasta constituir el tinte general del equimosis, que desapareció gradualmente á los siete ú ocho días de evolución sin dejar señales.

En un enfermito de 6 años un golpe en la cola de la ceja produjo además del equimosis un ptosis que duró varios días.

Las HERIDAS y QUEMADURAS de los párpados que aquí se indican no ofrecieron nada digno de notarse.

Un individuo (núm. 769) en el Hospital Civil que padecía una caries del maxilar superior presentaba *trayectos fistulosos* en la mejilla y sobre ambos párpados.

E D E M A .

Dos casos de edema palpebral fueron observados en mujeres blancas, jóvenes, linfáticas; en uno monocular con tumefacción y rubicundez que se extendía á la conjuntiva, pero sin supuración de esta membrana, y que cedió al tratamiento emoliente. El segundo caso es más curioso, no presentando la enferma más síntoma que el hinchamiento de los párpados inferiores con desaparición del surco oculo-nasal, sin cambio en la coloración de la piel. El edema es duro, no deja la huella del dedo. Orinas normales. Atribuyéndolo á la anemia, establecí un plan tónico reconstituyente.

E C Z E M A .

Aunque limitado algunas veces á la región palpebral, siendo siempre atacado de preferencia el párpado inferior, se ha extendido otras á la mejilla y al labio. De forma vesicular generalmente fué sin embargo eritematoso en el caso 1, en que fué debido á la acción irritante repetida de las lágrimas sobre la piel.

A pesar del reducido número de observaciones llaman la atención como causa principal el linfatismo y la escrófula, y como circunstancias en extremo favorables para su producción, la infancia, la pobreza, y la residencia en las ciudades, que trae consigo todas las malas condiciones higiénicas en las clases mal acomodadas.

Pero el punto digno de fijar la atención y de someterlo á la comprobación ulterior es la coexistencia del eczema y de la oftalmia pustulosa.

La analogía clínica es completa. Del mismo modo que el eczema, la oftalmia pustulosa comienza por flictenitas de la conjuntiva ó de la córnea, que se agrandan, y se transforman en pústulas y finalmente se ulceran. El abundante lagrimeo que por acción refleja determina esta erupción impide que se formen costras y vemos por el contrario, después de rota la vejiguilla una ulcerita superficial, limpia, que no tarda en convertirse en nubecula si está situada sobre la córnea.

Esta erupción por consiguiente es idéntica á las erupciones

de forma vesiculosa del eczema de la piel. Por lo tanto á esta oftalmia convendría llamarla, caso de comprobarse la identidad, *eczema ocular*, palabras que indican su sitio y naturaleza.

Al ocuparnos de las enfermedades de la conjuntiva hablaremos detenidamente de la oftalmia pustulosa, hasta hoy considerada como una enfermedad especial, dependiente según muchos autores del linfatismo y de la escrófula, y según otras opiniones respetables en nada ligada á la constitución de los sujetos.

Como hecho curioso debe notarse que no se presentó ningún caso en los niños de la raza negra.

NUM.	SEXO.	RAZA.	EDAD.	CONSTITUCIÓN	CONDICIÓN SOCIAL.	RESIDENCIA.	ENFERMEDADES COMITANTES.
1	H	B	64	.....	pobre	campo	Epifora
2	V	M	5	linfático	pobre	campo	.....
3	H	B	8 m.	linfática	pobre	ciudad	Oftalmia pustulosa
4	V	B	3	linfático	pobre	ciudad	"
5	V	B	30	linfático	rico	campo	Oftalmia catarral
6	H	B	2	linfática	pobre	ciudad	" pustulosa
7	H	B	1	linfática	pobre	ciudad	" "
8	V	B	2	escrofuloso	pobre	ciudad	" "

XANTELAMAS.

Segun Duhring el xantelasma es un neoplasma constituido por mallas de tejido conjuntivo envolviendo islotes de células grasas.

OBS	SEXO	RAZA	EDAD	SITIO DEL XANT.	SU NÚMERO.	PÁRPADO ATACADO	PROFESIÓN.
1	V	B	38	Ang. int. párp.	1 simétrico	ambos sps.	Hacendado
2	H	B	40	Ang. int.	3, los supers. simétricos.	2 supers. 1 infer. el inf. en 0. I.	Costurera
3	V	B	48	Ang. int. párp.	Uno	sup. izq.	Fotógrafo
4	H	B	55	Ang. int. párp.	3, los supers. simétricos	ambos supers el inf. O. D.	Su casa
5	V	B	55	Ang. int. párp.	Tres	ambos de 0. D.	Jornalero
6	V	B	38	Ang. int. párp.	1 simétrico	amb. parps supers	Médico

Un 6 por 1000 de los enfermos de la estadística consultaron por esta enfermedad de la piel. Aunque puede observarse, en diversas regiones, su sitio de elección son los párpados en los que únicamente la he observado. Se desarrolla primitiva y constantemente en el ángulo interno de los párpados sobre la línea vertical que pasa por la carúncula lacrimal; de ordinario principia en un párpado superior y simultáneamente ó con un intervalo de tiempo variable aparece otra mancha idéntica y simétricamente situada en el párpado superior del lado opuesto. Se presentan luego del mismo modo en los párpados inferiores, siempre en la prolongación de la misma línea.

En su origen no son estos tumorcitos más que un punto amarillo, que lentamente adquiere mayores dimensiones, hasta convertirse en una mancha amarilla anaranjada, lisa, formando ligero relieve, oval, con su eje mayor horizontal; la de la observación 1 tenía 0^m02 de largo por más de 0^m01 de alto. En la observación 5 había dos de estos tumorcitos en la extremidad interna del párpado superior.

Cuando ya el xantelasma ha adquirido cierto desarrollo en los párpados superiores aparece en los inferiores, donde en todos los casos ha conservado menores dimensiones.

Se presentó con más frecuencia en los hombres que en las mujeres, pero siempre en individuos de la raza blanca, de los 38 años en adelante, así es que esta enfermedad puede considerarse como precursora de la vejez.

Las profesiones variadas de estos enfermos indican que ninguna influencia ejercen en el desarrollo de la enfermedad.

El xantelasma se presenta en individuos que gozan de buena salud habitual. Sólo el sujeto de la obs. 4 había padecido de íctericia.

PAPILOMA.

Un mulato de 14 años consultó por un papiloma del párpado superior izquierdo, situado á 0^m003 del borde libre, y constituido por un tumorcito pediculado cuyo vértice terminaba por varias papilas distintas y agrupadas.

M I L L E T .

Afección rara, observada en $\frac{1}{1000}$ de los enfermos, y que se presentó en una anciana blanca, bajo forma de un granito redondeado, gris y algo translucido, de unos 0^m003 de diámetro, y situado junto al borde ciliar del párpado inferior.

EPITELIOMA.

Un solo caso, en un individuo de 50 años, que se presentó con un tumor ulcerado en la región malar izquierda, extendiéndose hasta el borde palpebral. Empezó dos años antes, según dice, por una descamación del epidermis. Actualmente es una tumefacción aplanada, dura en la base, ulcerada en el centro y cubierta por una costra rojoscuro.

C H A L A Z I O N .

Este tumorcito que se asienta sobre el tarso cerca del borde ciliar lo he observado tanto en el párpado superior como en el inferior, bien en el ojo derecho ó en el izquierdo. Al principio se presenta con rubicundez de la piel, pero luego ésta toma su aspecto normal aunque el granuloma continúe adquiriendo mayores dimensiones.

En los cinco casos que observé, siempre se produjo después de la pubertad, por lo que debe considerarse como una afección de la edad adulta. Se presenta indistintamente en ambos sexos. De estos enfermos dos eran blancos, dos negros y uno mulato. Los casos son reducidos para considerarlo como muy raro en los chinos.

O R Z U E L O .

De esta afección, una de las más comunes de los párpados, solamente he anotado aquellas que fueron objeto de una consulta, y no los numerosos casos que se ven en el círculo de las amistades.

NÚMº	SEXO	RAZA	EDAD	PROFESIÓN	PÁRPADO ATACADO
1	H	B	20	.....	inferior O. D.
2	V	B	25	labrador	” ”
3	V	B	50	.....	superior ”
4	V	B	15	dependiente	inferior ”
5	V	B	12	”	superior ”
6	V	B	45	labrador	” ”
7	H	M	20	cosurera	inferior ”
8	V	M	33	barbero	” O. I.
9	V	B	30	médico	superior ”
10	V	B	25	mecánico	” ”

Desde luego llaman la atención su mayor frecuencia en los varones de raza blanca, en el período de la pubertad y en la edad adulta.

Es más frecuente en los párpados de O. D.

B L E F A R I T I S .

Esta es la afección más común de los párpados, y representa un 45 por 1000 de todas las enfermedades oculares.

La blefaritis comienza por tumefacción del borde palpebral que adquiere cierto grado de rubicundez, provoca picazón y determina la producción de escamitas finas más ó menos abundantes. Esta es la forma llamada pitiriasica.

BLANCOS.		MULATOS.		EIDADES.		
V.	H.	V.	H.	Hasta 15	15 á 50	Mas de 60
29	14	2	.....	16	16	13

A menudo coincide con esta descamación epidérmica la aparición de flictenitas en la base de las pestañas, que á los 2 ó 3 días de formadas se ulceran, y recubren de costras pequeñas

que aglutinan las pestañas. Estas caen, cuando la inflamación se extiende al bulbo, y en este período el borde ciliar se presenta engrosado y rojizo, reproduciéndose las ulceraciones durante mucho tiempo á pesar de los tratamientos más variados. Esta es la forma ulcerosa.

Se presenta casi constantemente en los párpados de ambos ojos, y como es una afección crónica se complica con frecuencia de conjuntivitis, y determina alguna vez el ectropión del párpado inferior.

Ni una sola vez he observado esta enfermedad en los chinos ni en los negros, y muy rara vez en los mulatos, mientras que á la raza blanca corresponden 43 de las 45 observaciones recojidas. Se encuentra en todos los periodos de la vida, pero es un poco más frecuente en la infancia.

Algunas veces coincide con manifestaciones eczematosas, la escrófula, la anemia, la astenopía, y la estrechez del canal nasal.

Los individuos atacados ejercían las profesiones más variadas, de tal modo que me inclino á pensar que estas ejercen escasa influencia en la producción de la enfermedad; sin embargo es probable que los trabajos de aplicación á objetos pequeños entretengan su marcha.

TRIQUIASIS.

La desviación de las pestañas no es una afección primitiva sino complicación de otras enfermedades, generalmente las granulaciones que en su período cicatricial deforman el tarso incurvándola hácia adentro.

En uno de estos casos la causa del triquiasis fué una blefaritis crónica.

Una vez constituido el triquiasis es causa de pampus y atrofia de la córnea con pérdida de la vista; es, pues, una afección grave en cuanto al porvenir del ojo.

ENTROPION.

La incurvación hacia adentro de los párpados es una com-

plicación de las granulaciones de la conjuntiva que es su causa más común, la cual se retrae en su periodo cicatricial deformando el tarso.

E C T R O P I O N .

Afección bastante frecuente, pues representa el 15 por 1000 de las enfermedades oculares.

Ataca á los dos sexos, y aunque estas observaciones corresponden casi exclusivamente al masculino, debe ser una diferencia casual, pues las causas de esta enfermedad pueden presentarse con igual frecuencia en las mujeres.

Todas las razas padecen el ectropion. Ninguno de estos casos se presentó en la infancia.

Tanto el entropion como el ectropion son complicaciones graves, el primero por el rozamiento que el borde libre produce sobre la córnea, ulcerándola y destruyéndola, y el segundo por que no sirve ya el párpado á la misma de abrigo contra los agentes exteriores que tambien mecánicamente la ulceran y son causa de leucomas, que acaban por comprometer la vista.

Estas dos afecciones requieren un tratamiento quirúrgico del que hablaremos al ocuparnos de las operaciones.

Núm.	Sexo	Raza	Edad	SITIO	CAUSA
1	H	N	40	párp. inf. deho	parálisis del 7º par
2	H	B	60	ambos ps. infs	Senectud
3	V	B	28	" " "	Blefaritis
4	V	B	30	párp. inf. izqdo	cicatriz de lupus en la mejilla
5	V	B	80	ambos ps. inf.	Senectud-Blefaritis
6	V	N	17	párp. sup. izq.	hipertrofia conjuntiva
7	V	N	20	párp. inf. izqdo	cicatriz en la reg. malar
8	H	N	40	ambos ps. infs.	atonía del orbicular
9	V	B	57	ambos ps. infs.	Blefaritis
10	V	B	50	párp. inf. izqdo.	Epitelioma del p. y reg. mal.
11	V	Ch	40	ambos ps. infs.	Lepra anestésica
12	V	Ch	57	ambos ps. infs.	Id. id.
13	V	M	50	ambos ps. infs.	Id. id.
14	V	Ch	40	párp. inf. izqdo	Id. id.
15	V	N	79	ambos ps. infs.	Senectud

La causa es variada en los casos de esta estadística. La parálisis del 7º par, las cicatrices de la piel vecina á los párpados y la senectud fueron causas frecuentes. El caso observado de atonía del orbicular debe considerarse de la variedad senil, por más que se tratase de un adulto.

La blefaritis ciliar es también causa del ectropion. El enfermo de la observación 7 padecía una blefaritis crónica ulcerosa, con notable engrosamiento del borde libre, que había perdido sus pestañas. La afección primitiva no tarda en convertirse en en blefaro-conjuntivitis que puede determinar una subluxación del tarso, y que produce un lagrimeo abundante que por acción mecánica contribuye á desviar el párpado del globo ocular.

La lepra es también causa de ectropion. En esta enfermedad es debido á una retracción profunda del dermis, cuyos elementos son atacados por la lepra sin cambio aparente de la piel. Y creo que es debido á esta alteración morbosa y no á la atonía del orbicular, porque no se manifiesta en grado igual en toda la extensión del párpado, sino que puede quedar limitado á la mitad interna ó externa (interna en la obs. 14) del mismo modo que se observa en los de origen cicatricial.

El uso prolongado del vendaje compresivo en los viejos, después de la operación de la catarata, determina una ligera everción del párpado inferior en su mitad nasal.

ESPASMO DEL ORBICULAR.

En uno de estos casos, una anciana, existía un blefarospasmo de tres años, por contractura del 7º par izquierdo.—La retracción no era continua; la enferma podía abrir los párpados y mantener la cara en reposo por un momento; pero en seguida sobrevenían por sacudidas violentas contracciones de toda la mitad izquierda.

Otro de los enfermos, un mulato de 48 años, jornalero en almacenes de azúcares, consultó por un espasmo tónico del orbicular con fotofobia, fenómenos que atribuía á haberle caído miel en los ojos. Después de un examen prolijo no se encontró lesión alguna, y no habiendo vuelto el enfermo á la consulta nunca llegamos á conocer la causa de su blefarospasmo.

P T O S I S .

Un niño de 8 años presentaba un ptosis izquierdo, incompleto y congénito, debido probablemente á falta de desarrollo del músculo elevador del párpado; otro caso de ligero ptosis también izquierdo en un hombre de 50 años que sufría de conjuntivitis crónica; un tercer enfermo padecía una parálisis del párpado superior izquierdo producida á *frigore* hace más de 26 años y contra la cual fueron impotentes los tratamientos médicos más variados á que se sometió en Barcelona y Montpellier; y en fin, el último era un ptosis consecutivo á una contusión de la cola de la ceja, y que se disipó á los pocos días.

He conocido á una persona que tenía ptosis congénitos incompletos y en igual grado, en ambos ojos, anomalía que le obligaba á mantener la cabeza dirigida atrás para suplir la acción del elevador del párpado y poder dirigir la mirada hacia adelante.

ANQUILO-BLEFARON.

La anquilosis palpebral comprendía la mitad interna de los párpados del ojo izquierdo, y era de origen cicatricial á consecuencia de una quemadura que sufrió con hierro fundido.

SIMBLEFARON.

Un negro recibió hace diez años en campaña un fognazo en la cara que le produjo lesiones que actualmente se reconocen en el siguiente estado: adherencia de la parte media del párpado superior derecho al globo ocular en conjuntiva y mitad superior de la córnea. El bulbo está saliente y atrofiado, midiendo solo de unos 0^m006 á 0^m007 de diámetro. La porción de conjuntiva que permanece constantemente al descubierto ha tomado color negro por la abundancia de pigmento que le da el aspecto de la piel, cuya transformación ha experimentado.

El segundo caso de simblefaron fué también un accidente de arma de fuego, un disparo á boca de jarro de una escopeta cargada con municiones. El enfermo presentaba grandes adherencias entre el párpado superior izquierdo y la córnea; el pár-

pado además está hendido en su parte media y rechaza hacia afuera su porción externa dejando al descubierto una ancha carnosidad conjuntival que deja escapar una supuración profunda que provenía de un secuestro que extraje así como varias municiones perdidas en el fondo de la órbita, operación que sirvió á la vez para desprender el párpado de sus adherencias al globo.

EPICANTUS.

No es raro observar cierto grado de epicantus en los niños, anomalía que desaparece por el desenvolvimiento de los huesos de la nariz.

El único caso inserito de epicantus bien desarrollado, se complicaba de ptosis del O. I. y estrabismo convergente. No debe por consiguiente admitirse como causa del epicantus una lesión del tercer par, sino más bien falta de desarrollo en diversas regiones, que en este caso son los huesos propios de la nariz, en el elevado del párpado y en el músculo recto externo de un ojo.





AFECCIONES DEL APARATO LACRIMAL.

Se observaron con bastante frecuencia, aunque no alcanzan la cifra de 4 p ∞ que vemos en una estadística del Dr. Galezowski.

De todas las afecciones lacrimales la más común es la estrechez del canal nasal, que es más frecuente que todas las otras reunidas.

QUISTE DE LA GLANDULA.

Una mujer de 40 años (1) me consultó por una exoftalmia del O. D. producida por un tumor voluminoso situado en el ángulo supero-externo de la órbita. El globo estaba rechazado hácia abajo y adentro, casi fuera de la cavidad orbitaria, y su diámetro transversal se extendía á 0m01 por debajo del de su congénere lo que daba á la fisonomía de la enferma un aspecto extraño y repulsivo. El párpado superior estaba flácido y sin arrugas; la oclusión palpebral era incompleta, habiéndose originado por este estado una conjuntivitis crónica.

A la palpación se descubre en la región de la glándula lacrimal, un tumor liso, bastante duro, elástico y resistente, algo movable é insensible á la presión. Este tumor parece extenderse profundamente sin que se puedan precisar sus límites en dicha dirección, y debe presentar con las partes vecinas adherencias fáciles de vencer. El oftalmoscopio comprueba una neuro-retinitis poco intensa, que ha reducido V—175. La enferma notó este tumor hace cinco años, y dice que su marcha ha sido indolente y progresiva.

Después de extirpado se vió que era alargado de delante atrás en la dirección de la pared orbitaria; su volumen era tres veces mayor que el globo, y se componía de un saco grueso con

(1) Revista de Ciencias Médicas.—Reuceil d' ophthalmologie 1885.

la superficie interna lisa, y contenía una sustancia granulosa sebácea. Ocupaba la posición de la glándula lacrimal que había desaparecido.

DACRIOCISTITIS.

La casi totalidad de las dacriocistitis inscritas en esta estadística se presentaron en individuos hembras de edad adulta. Tal vez el linfatismo juegue algún papel en su producción, pues casi todas estas mujeres eran de constitución delicada, particularmente la joven de la observación 3 que padecía del mal de Pott.

NUM.	SEXO	RAZA	EDAD	LADO	FORMA	PROFESION	CAUSA
1	H	B	47	D	crónica	profesora	estrechez c. nasal
2	H	M	29	I	„	lavandera	.....
3	H	B	17	I	aguda	.....	.....
4	V	B	35	ambos	crónica	cocinero	estrechez c. nasal
5	H	B	40	„	aguda	su casa	.....
6	H	M	55	D	crónica	cocinera	.....
7	H	B	28	I	„	lavandera	.....
8	H	B	10	D	mucocel.	estudiante	estrechez c. nasal
9	H	M	10	D	crónica	„	„ „
10	V	N	40	D	mucocel.	labrador	„ „
11	V	N	60	D	„	„	„ „
12	H	M	35	D	crónica	planchad.	„ „
13	V	B	35	ambos	„	cocinera	„ „

En cuanto á las razas es de notarse que no se observó un solo caso en los chinos, presentándose casi en igual proporción en los blancos y los mulatos.

No creo que la nariz ancha y roma sea una circunstancia avorable al desarrollo de la dacriocistitis, como piensan distinguidos profesores, pues en este caso sería más frecuente en los niños, lo que está muy lejos de ser cierto; y viene á confirmar mi opinión el no observarse ó ser por lo menos muy rara en la raza negra, uno de cuyos caracteres propios es presentar la nariz ancha y aplastada.

Hemos observado esta enfermedad tanto en el lado derecho

como en el izquierdo, ó en ambos á la vez, sin que en los pocos casos á que me refiero pueda creérsela más frecuente en uno de los lados.

Ordinariamente empieza esta afección bajo la forma crónica de marcha muy lenta, á veces intermitente, como en la observación 1 que decía haber notado que todos los inviernos le salía materia por el punto lacrimal. Al principio no forma tumor el saco, pero cuando es más abundante la supuración se observa una tumefacción redondeada, sin alteración de la piel, y que el enfermo hace desaparecer por la presión que evacua un pus espeso, blanco, bien por los puntos lacrimales, ó por el conducto nasal.

Si en el curso de la forma crónica, ó de repente, es atacado el enfermo de coriza ó catarro de las vías lacrimales inferiores, el pus queda retenido en el saco, que se distiende, la inflamación gana los tejidos vecinos, la piel se pone roja y luciente; siente el enfermo malestar general, y tensión dolorosa en el punto afecto, y queda constituida la forma aguda, que ordinariamente termina por la perforación de la pared anterior del saco, del tejido celular y de la piel y por el establecimiento de una fístula.

Estos casos por mí observados no son los más á propósito para confirmar que la causa única de la dacriocistitis son las estrecheces del canal nasal. Solo en dos enfermos quedó bien establecida la existencia de una estrechez notable; en los demás después de la incisión del punto lacrimal pasaron sin dificultad las sondas olivares números 3 y 4,

En cambio, parecen más propensos á padecer la enfermedad los cocineros y lavanderas, oficios que exponen á los catarros de las mucosas, bien sea por los cambios bruscos de temperatura, ó por la permanencia prolongada en lugares húmedos.

Indudablemente que un estrechamiento del conducto nasal es una circunstancia favorable para ser obstruido por una tumefacción catarral de la mucosa aunque sea de mediana intensidad. En el mismo sentido obra el coriza propagando la inflamación á las vías lacrimales.

El tratamiento que acostumbro á seguir contra la dacriocistitis consiste en la incisión del conducto lacrimal inferior practi-

cada en la mayor extensión posible, la introducción de una sonda de mediano calibre para cerciorarme del estado del canal nasal, y la cura con lavados astringentes.

Acostumbro á pasar la sonda el segundo ó tercer día despues de hecha la incisión. Al cuarto día empiezo las inyecciones repetidas diariamente con la jeringuilla de Anel de una solución astringente, generalmente el sulfato de zinc al 3 p.∞ El resultado de estas inyecciones es muy favorable. A las 15 ó 20 sesiones se modifica la superficie interna del saco suprimiéndose toda supuración.

Como accidente puede presentarse edema de la cara por la infiltración de parte del líquido en el tejido celular del párpado si las inyecciones no se practican cuidadosamente.

ESTRECHEZ DEL CANAL NASAL.

Las estrecheces del canal nasal, la dacriocistitis, y la fístula lacrimal, son afecciones tan íntimamente ligadas que pueden considerarse como tres periodos de la misma enfermedad.

Núm.	Sexo.	Raza	Edad	Profesión.	Lado afecto	Complicaciones	Causa
1	H	B	60	su casa	I	epifora	.....
2	H	B	55	su casa	D	epifora	.....
3	H	B	10	estudiante	D	mucocele	sarampión
4	H	M	10	„	D	dacrio. cró	.....
5	V	N	40	labrador	D	mucocele	.....
6	V	N	60	„	D	„	.....
7	H	B	18	estudiante	I	epif-fistula	.....
8	H	B	33	su casa	I	epif-ectrop	.....
9	H	B	40	„	ambos	conjuntivit	.....
10	V	B	53	talabartero	I	blef. conj.	.....
11	H	M	35	planchad.	D	dacrio. cró.	.....
12	H	B	47	profesora	D	ectrop epif	.....
13	H	M	3	.....	ambos	dacrio. fist.	varicela
14	H	N	28	costurera	I	fistulas	.....
15	V	B	32	comercio	ambos	blef. conj.	.....
16	V	B	32	vend. amb.	„	„	.....
17	V	B	35	cocinero	„	dacriocisti.	viruela
18	V	B	45	artesano	I	fistula	sifilítico
19	V	B	30	tabaquero	I	epifora	.....

Un catarro crónico de la mucosa nasal, que se propaga á las vías lacrimales, las fiebres eruptivas, como parecen indicarlo algunas observaciones, tal vez la sífilis, y en fin cualquiera otra causa no conocida, puede determinar la formación de una estrechez del canal nasal, ó excepcionalmente del conducto lacrimal como sucedió en la observación 2.

Durante este período que puede prolongarse muchos años se manifiesta la enfermedad por la retención de lágrimas en la hendidura palpebral, con el enturbamiento consiguiente de la vista, que obliga al enfermo á llevar continuamente el pañuelo á sus ojos para secarlos. Este fenómeno desagradable aumenta cuando los ojos están expuestos á un viento frío, al sol, ó el paciente permanece en habitaciones cerradas donde se fume ó haya luces artificiales, y siempre que experimenta alguna emoción.

Las lágrimas por acción mecánica rechazan el párpado inferior constituyendo cierto grado de ectropion, y por la continua irritación una blefaro-conjuntivitis crónica y rebelde mientras no se combate la causa.

Más ó menos tarde el saco distendido reacciona inflamándose y queda establecida la dacriocistitis bajo la forma aguda ó crónica, según sea la brusquedad de la inflamación. Ordinariamente es la forma crónica, y hasta creo que siempre precede cierto grado de supuración á la inflamación aguda.

Y en fin, la fístula no es más que la consecuencia de la rotura espontánea del saco y de la piel en los casos de dacriocistitis aguda.

La forma aguda tiene los caracteres de un acceso; la crónica se reconoce porque la presión del tumor más ó menos grande del saco hace salir muco-pus, bien sea por los puntos lacrimales ó vaciándolo en la nariz.

La fístula se reconoce por la salida de lágrimas ó del líquido de una inyección á través de una pequeña abertura situada en la cara anterior del saco.

Las estrecheces del canal nasal se han presentado en esta estadística desde los 10 años en adelante, ataca indistintamente el conducto derecho ó el izquierdo, ó ambos á la vez. La estrechez generalmente única, se forma casi constantemente en el

extremo superior del canal nasal, pero en algunos casos como en la observación 2 había dos estrecheces en el conducto lacrimonasal; una en su parte media, y la otra al desembocar en el saco.

Su frecuencia es casi igual en ambos sexos, y en las razas blanca y de color; pero no he visto un solo caso en los chinos, lo que bien pudiera ser casual. Las profesiones de estos enfermos fueron tan variadas, que no se nota en ellos una circunstancia común que juzgar como causa de la enfermedad.

El tratamiento que empleo para combatir las estrecheces es el cateterismo, previa dilatación del conducto lacrimal inferior. Desde el tercer día empiezo á pasar sondas olivares de Galezowski desde el número 2 ó 3 hasta el 4; rara vez llego al 6.—Este número es demasiado grueso; para penetrar comprime la mucosa que se distiende nuevamente al retirarlo, y si desde las primeras sesiones se emplea un número alto pueden producirse desgarraduras de la mucosa, que llega á obstruir la luz del conducto.—Las sondas número 3 y 4 que son las que generalmente uso se pasan en días alternos ó todos los días y se retiran inmediatamente, por considerar inútil su permanencia en el conducto durante 15 ó 20 minutos, segun aconsejan muchos profesores.

Cuando se trata de una estrechez simplemente, sin dacriocistitis, deben espaciarse las sesiones de cateterismo á medida que se note la mejoría hasta cesarlo al cabo de un mes ó mes y medio. Sin embargo, rara vez se obtiene la curación radical.

FISTULA LACRIMAL.

Al hablar de las estrecheces queda hecha mención de los cuatro casos de fístulas. La fístula es la terminación del absceso del saco que se abre paso espontáneamente á través de la piel. Para hacerlas desaparecer bastó restablecer las vías normales mediante el cateterismo.

E P Í F O R A .

Acabamos de ver que este es un síntoma constante de las estrecheces de las vías lacrimales.

Ahora sólo hago mención de dos casos en que había hiper-

secreción de la glándula. Uno en un tabaquero, debido á la acción irritante de la planta; y el otro como fenómeno de oftalmia simpática, con percepción de moscas volantes y enturbiamiento del humor vítreo de O. D. fenómenos debidos á un leucoma adherente de O. I. que en su origen trató de combatirse con extracto de Saturno, consiguiendo solo formar una capa de plomo sobre la córnea ulcerada. El lagrimeo obedecía á la irritación provocada por el cuerpo extraño.

Más adelante veremos que este síntoma acompaña á todas las inflamaciones de las membranas externas de los ojos, á las neuralgias del quinto par, parálisis del séptimo y á algunas otras enfermedades.





AFECCIONES DEL GLOBÓ OCULAR.

En este grupo se comprenden enfermedades que interesan todo el globo ó una parte, como sucede con las lesiones traumáticas que pueden determinar lesiones más ó menos profundas, interesando una ó varias membranas, y los tumores que si bien son limitados al principio invaden luego la totalidad del globo ocular.

CONMOCION.

He inscrito bajo el nombre de conmoción del globo la observación de una señora adulta, miope de 12 dioptrias, que recibió una contusión en la región malar izquierda, que produjo enturbiamiento en el humor vítreo del ojo de dicho lado; la papila y los vasos de la retina se veían confusos, y sentía un dolor vago en el globo ocular.

El segundo caso era una anciana que fué atropellada por un coche y que presentaba también un enturbiamiento del humor vítreo con disminución de la vista. En los días siguientes al traumatismo V. mejoró espontáneamente, sin que deba atribuirse ninguna acción al ioduro que la enferma venía tomando.

HERIDAS.

Las heridas del globo ocular se observan casi exclusivamente en los varones, lo que se explica por las imprudencias en

la niñez y en la edad adulta por el peligro de ser heridos á que están expuestos los ojos en muchas profesiones. Así, en este cuadro figuran entre los cuerpos extraños pedazos de bronce ó hierro en herreros y mecánicos, fogonazo de escopeta en un cazador, golpe con un clavo en un carpintero, etc., de modo que se puede decir que la mayor parte de las heridas del globo son accidentes profesionales.

Núm	Sexo	Raza	Edad	PROFESION	OJO	SITIO.	SUSTANCIA.	COMPLICACIONES.	RESULTADO.
1	V	B	20	mecánico	I	cornea y escler.	pedazo de bron.	irido-corooiditis	desconocido
2	V	B	19	herrero	I	" O. I. destruido.	idem de hierro	panoftalmia	atrofia bulbo
3	V	B	38	comercio	ambos	O D secc n. ópt	arma de fuego (suicidio)	atrof. n. óptico	amaurosis
4	H	M	57	su casa	ambos	borde sup. cor.	trauma. operat:	irido-corooiditis	amaurosis O. D.
5	V	B	5	"	I	ruptura cornea	pedazo porcela.	"	curación
6	V	B	56	"	I	borde sup. cor.	trauma. operat:	iritis	curac. V < n.
7	V	B	30	jornalero	D	cornea y conjva	carbon piedra	irido-corooiditis	atrofia bulbo
8	V	B	21	labrador	D	ruptura cornea	bastonazo	catarata-traumát.	curación
9	V	B	30	"	I	ruptura escleró.	fógoz. escopeta	irido-corooiditis	atrofia bulbo
10	V	B	55	carpintero	D	ruptura cornea	un clavo	"	"
11	V	Ch	45	labrador	D	"	pedazo hueso	"	"
12	V	N	9	"	D	"	coz de caballo	"	"

Estas lesiones se observan tanto sobre O. I. como sobre O. D.; ordinariamente son rupturas de la córnea, verticales ú horizontales, rectas ó curvas, de extensión variable, pudiendo estar comprendidas en la córnea ó extenderse á la esclerótica interesando la región ciliar.

Estas heridas del globo por choque directo son graves, aun cuando no siempre haya penetración del cuerpo extraño. La irido-coroiditis es la complicación habitual, de forma grave, que termina ordinariamente por la atrofia del bulbo. Sólo en los casos de ruptura simple de la córnea debe confiarse en la curación con vista más ó menos defectuosa.

El tratamiento de estas heridas requiere ante todo, la extracción del cuerpo extraño, si quedó alojado en el globo; la excisión del iris en los casos tan frecuentes de hernia; la limpieza de la herida con soluciones antisépticas, el uso de los midriáticos ó mióticos, segun las indicaciones de cada caso, y el empleo de los antiflogísticos contra la reacción inflamatoria.

QUEMADURAS.

De estas quemaduras que eran todas superficiales, limitadas á la conjuntiva y la córnea, una sola fué producida por un cuerpo en ignición, (partículas de carbón), en una cocinera que presentaba destruida una porción de la conjuntiva bulbar, y un punto quemado de la córnea, lesiones que fueron causa de fotofobia, lagrimeo, dolor, y contracción de la pupila del O. I. que fué el atacado.

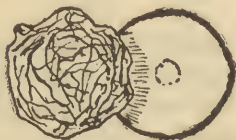
Produjeron las quemaduras de los otros enfermos sustancias cáusticas. En tres, dos albañiles y un dependiente de comercio, la cal viva, que da lugar á descamación del epitelio de la córnea y á una conjuntivitis intensa, con fotofobia, dolor, y supuración.

Y en fin, el quinto caso fué debido á una cauterización imprudente que se hizo con el crayón de nitrato de plata puro en la conjuntiva de una joven que padecía de oftalmía flictenular. Al dia siguiente la conjuntiva palpebral estaba tumefacta, roja, con porciones de membranas espesas, amarillentas, de forma irregular, esparcidas en la mucosa, y adheridas á ella, de tal mo-

do que no podían desprenderse con un trapo, que por el frote hacía sangrar fácilmente á la mucosa. El aspecto de esta afección es el de la conjuntivitis crupal. Se quejaba de dolor, fotofobia y lagrimeo. A los dos días las membranas se desprendían con facilidad y se calmó todo este aparato inflamatorio.

TUMORES.

Dos casos de epitelioma, situados ambos á la vez sobre la córnea y la conjuntiva. Uno sobre O. I. de un campesino de 54 años, fué producido por traumatismo con una astilla de madera, y siguió una marcha progresiva. El segundo caso en un cochero de 61 años, es notable: estaba situado en la región externa de la esclerótica y en parte sobre la córnea, teniendo un diámetro mayor que el de esta última membrana. Su aspecto era fungoso, con desigualdades en la superficie, los bordes blanquecinos, ulcerado en el centro; la córnea estaba turbia en una zona de 0^m003 alrededor del tumor: la conjuntiva palpebral vecina tenía



Cáncer de O. D.

Hombre de 61 años.

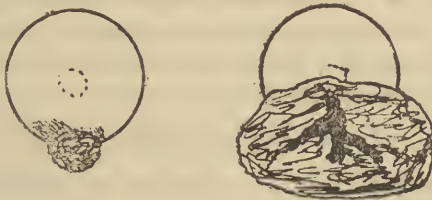
un color violado sospechoso. Había infarto de los ganglios parotídeos, y la piel del enfermo tenía color amarillo pajizo. Cuando lo examiné, su enfermedad llevaba ocho meses de marcha invasora, y le hacía sufrir continuos dolores. El tumor parece haber principiado en la región ciliar á la que corresponde su centro ulcerado y desde allí se ha extendido hasta adquirir sus actuales dimensiones.

No quedó precisada la naturaleza del tumor de la observación 3, una negra cocinera de 52 años. Inscripción 559. "O. D. Tumor intraocular, blanco irregular, piramidal, cuyo vértice se termina en la pupila; da á la luz un reflejo brillante, y se dilata hacia el fondo del ojo. La pupila parece desviada y con un notable ensanchamiento supero-interno, sin que á pesar de esta dilatación pueda examinarse el fondo del ojo. No existe cristalino. El globo conserva su forma. T, > n, V=0."

En otra negra, cocinera, de 69 años, existía un tumor pro-

fundo dentro de O. I. que sólo permitía ver en el campo pupilar su vértice angular. $T=n$; $V=0$.

Entre los tumores del globo hemos incluido los tubérculos leproso, con cuya manifestación he inscrito dos enfermos. Una mujer de 34 años atacada de lepra tuberculosa franca, y recluida por esta enfermedad en el Hospital de San Lázaro, presentaba sobre O. I. un tubérculo grueso, blanquecino, situado en la extremidad del radio infero-externo, cabalgando sobre el borde esclero-corneal; su volumen era el de un guisante que estuviese aplastado por un lado. Por la córnea se extendía una zona de 0^m002 de una infiltración blanquecina en las láminas propias de la membrana.— $V=0$. Este tubérculo apareció sin provocar apenas más que una reacción local poco marcada, y fué ganando lentamente en extensión; al cabo de un año tenía color rojo, vivo, y mayor tamaño que un garbanzo, de forma redondeada y saliente casi pediculado, de modo que imposibilita á la enferma cerrar completamente los párpados.



Desarrollo del tubérculo leproso, en un año.

El segundo caso se observó también en el Hospital de San Lázaro en un chino de 45 años, atacado de lepra tuberculosa, presentaba dos gruesos tubérculos simétricos en la porción infero-externas de ambas córneas. Se presentaban bajo forma de gruesas carnosidades recubiertas por la conjuntiva, sobre cuya membrana también se extienden; abrazan los cuatro quintos inferiores de cada córnea, estando más desarrollado el tubérculo de O. I. que sólo deja libre por arriba una pequeña zona de la córnea $V=0$.

En O. D. el tubérculo se extiende también por la esclerótica, y deja transparente la córnea sobre mayor extensión, pero limitada la afección por una zona de opacidad blanco turbia semejante por su coloración á la cabeza de un pterygion. V=p. lum. Estos dos tubérculos se hallan en un período de desarrollo más avanzado que el de la observación precedente, tienen la superficie irregular, recubierta de vasos de nueva formación, que sangran con facilidad y son completamente insensibles así como toda la región ocular, de tal manera que las moscas se posan sobre la córnea sin provocar reflejo y sin que el enfermo tenga conciencia de ello.

Me he ocupado extensamente de las manifestaciones oculares de la lepra que son en extremo interesantes, en un artículo publicado en los *Archives of Ophthalmology*, de New York, en 1889.

EXOFTALMIA.

La exoftalmia es un síntoma secundario, dependiente de lesiones locales ó generales. Cuando es monocular obedece á alguna afección de las regiones vecinas, como fué el caso de la observación 1 en que un quiste voluminoso de la glándula lacrimal, habia rechazado el globo abajo y adentro, segun se expuso al tratar de las afecciones de aquel órgano.

Num.	Sexo	Raza	Edad	OJO	CAUSA	COMPLICACIONES
1	H	B	40'	D	quiste de la órbita	neuro-retinitis
2	V	N	85	ambos	desconocida	opac. cornea y crist.
3	V	B	50	ambos	ataxia ?	glaucoma
4	V	B	45	ambos	exost. max. sup	
5	V	Ch	59	ambos	bocio	úlceras cornea

Pero una lesión local puede también determinar una exoftalmia doble, ejemplo la observación 4 cuyo enfermo padecía un exostosis considerable de las apófisis ascendentes de los maxilares superiores que casi habían borrado la nariz á la vez que los globos oculares se veían rechazados hacia afuera, dando este

conjunto á la cara del enfermo el aspecto de la cabeza del sapo. Las fosas nasales estaban obstruidas, viéndose obligado á una respiración ruidosa por la boca. Dos operaciones practicadas por dos distinguidos cirujanos del Hospital Mercedes desvanecieron el diagnóstico anteriormente formulado de pólipos nasales, para sentar el verdadero de exostosis.

La exoftalmia doble depende ordinariamente de una enfermedad general. La observación 5, se refiere á un chino atacado de la enfermedad de Graves, que ofrecía los tres síntomas característicos de esta afección. Los latidos del corazón eran tumultuosos—ruido de galope,—con hipertrofia del órgano. Los latidos producen un movimiento vibratorio en la pared torácica. Pulso duro, rebotante, 120 pulsaciones por minuto. Los trastornos circulatorios eran tan graves que determinaron frecuentes ataques de asistolia y ocasionaron la muerte.

La glándula tiroides estaba hipertrofiada, aunque no muy voluminosa, indolente y pastosa.

La exoftalmia tiene el mismo grado en ámbos ojos; hay oftalmoplegia completa; el enfermo no puede imprimir el menor movimiento á los globos oculares que tienen su eje óptico dirigido afuera en ángulo agudo con la línea media. No puede cerrar los párpados para dormir, ni por un esfuerzo, debido probablemente á la retracción del elevador del párpado, á la vez que á la exoftalmia. Esta imposibilidad de cerrar los ojos ha sido causa de las ulceraciones que aparecieron en el tercio inferior de la córnea, constantemente expuesta en esa parte á la acción de los cuerpos extraños flotantes en la atmósfera de la sala del hospital.

En otro de los casos se trataba de un atáxico con la marcha característica de la enfermedad y atrofia de la papila, y ausencia del reflejo rotuliano. Después de presentarse la exoftalmia sufrió varios ataques de glaucoma y ulceraciones de la córnea cuyas cicatrices aun se ven. No me hallo en el caso de afirmar que su afección medular sea la causa de la exoftalmia.

En fin, también permaneció ignorada la causa en un negro trabajador de campo.

ATROFIA DEL BULBO OCULAR

La atrofia del globo es ordinariamente ocasionada por accidentes traumáticos, así no es extraño que sea mucho más frecuente en los hombres. Entre estos traumatismos se incluyen los determinados por operaciones desgraciadas. Otra de las causas habituales es la irido-coroiditis ó linfangitis del ojo, afección generalmente precedida de algun traumatismo, afección de la córnea, que se extiende á las membranas profundas, como en un caso de granulaciones palpebrales complicadas de ulceraciones graves de la cornea, y consecutivamente de una desorganización del globo; y en fin, las sinequias anteriores que son causa de irido-coroiditis según han demostrado en su tesis el Dr. Despagnet es otra de las causas más comunes de atrofia en esta estadística.

TOTAL,	OJO.			CAUSAS			VISTA	
	D	I	D I	Traums	Qft. purul.	Irido-coroid.	P. lum.	Nula
41	19	14	8	18	2	12	7	34

He comprendido como atrofias desde una disminución de volumen hasta la estirpación completa del bulbo en los casos de enucleación. Cuando se inicia la atrofia se conserva durante cierto tiempo la percepción luminosa y de los bultos.

La atrofia del globo ocular no es una enfermedad sino el modo de terminar diversas afecciones.

Es bastante frecuente para requerir mayor solicitud de parte de los enfermos y reconocida competencia en los profesores encargados de tratar la afección causal.





ENFERMEDADES DE LA CONJUNTIVA.

Las enfermedades de la conjuntiva son las más frecuentes de la patología ocular; representan el 23.53 p^o de todas las de esta estadística, y su proporción es sensiblemente igual á la observada en otros países. Su frecuencia se explica por la exposición de su tejido delicado á la acción de los agentes exteriores.

HIPEREMIA.

La hiperemia es un primer grado de la inflamación de la mucosa, que en rigor no debiera figurar como entidad morbosa. Se observa en los que padecen defectos de refracción, en los que se dedican á trabajos de aplicación de la vista, y en aquellos que su profesión expone á la acción de sustancias irritantes.

OFTALMIAS.

En el grupo de afecciones de la conjuntiva incluyo con el nombre de *oftalmias* las querato-conjuntivitis catarral purulenta, flictenular y granulosa, por que con frecuencia padecen ambas membranas simultánea ó sucesivamente; así vemos las flictenas ó pústulas situadas unas veces sobre la cornea y otras sobre la conjuntiva y no hay razón bastante para decir queratitis unas veces y otras conjuntivitis pustulosa, puesto que la enfermedad puede residir sobre cualquiera de estas membranas. Las

granulaciones, si no se tratan convenientemente, se propagan á la cornea, formando un pannus que debe estudiarse como manifestación granulosa y no separadamente, puesto que no es una enfermedad distinta. La llamada conjuntivitis purulenta, abandonada á si misma, se complica de lesiones graves de la cornea, que se presentan constantemente y que pueden considerarse como un periodo grave de la enfermedad. La conjuntivitis catarral, benigna mientras solo produce secreción mucosa ó mucopurulenta, cuando se hace purulenta llega á adquirir tal gravedad que se complica de inflamación de la cornea.

Ya en otra oportunidad (1) me ocupé de la forma que entre nosotros se padece de una "conjuntivitis aguda, contagiosa, epidémica, vulgarmente llamada *cequera* que ataca particularmente á los niños; y se manifiesta por enrojecimiento y tumefacción de las conjuntivas palpebral y bulbar, fotofobia que obliga á mantener los párpados cerrados, y á buscar la obscuridad, lagrimeo abundante, supuración conjuntival, y dolor más ó menos intenso con tumefacción palpebral.

Tratada en este primer periodo se obtiene la curación rápidamente; pero abandonada aparecen úlceras de la cornea y otras complicaciones que comprometen seriamente la función ocular. Aparece con irregularidad en cualquiera época del año, y comunmente queda limitada en pequeños focos; todos los niños ó individuos de una casa, por ejemplo, y desde allí se propaga á las casas vecinas, pero sin embargo, excepcionalmente llega á extenderse á un barrio, una población, y en el campo á una comarca más ó menos extensa."

Basándome, pues, en que estas afecciones abandonadas á su propio curso, atacan las dos membranas externas del globo ocular, he adoptado el nombre de *oftalmia* para designarlas, que no prejuzga nada sobre el asiento anatómico de la lesión. En favor de la designación *conjuntivitis* no puede ni aun alegarse que por esta mucosa se inicie siempre la enfermedad, puesto que la oftalmia pustulosa principia muchas veces y hasta algunas se limita á la cornea.

(1) Comunicación á la Academia de Ciencias. 1887.

OFTALMIA CATARRAL.

Esta es la más común de todas las enfermedades de los ojos. Se observa en todas las edades, desde la infancia hasta la senectud más avanzada; la sufren con igual frecuencia los dos sexos y todas las razas.

Es casi tan común en la época de las lluvias como en la de seca; en aquella por la humedad de la atmósfera y las variaciones diurnas de temperatura, y en esta por la acción irritante del viento y del polvo.

TOTAL	FORMA		Monoc.	Binoc.	TOTAL	Plbral.	ESTACIONES.	
	Aguda.	Crónica.					Seca.	Lluvias
106	78	28	17	89	78	28	57	49

Toda conjuntivitis catarral al iniciarse es palpebral; la hiperemia de la mucosa se traduce por sensación de arenilla con lagrimeo y fotofobia, y aparece la secreción de mucosidades bajo forma de grumos blancos suspendidos en las lágrimas abundantes, á la vez que la inflamación se extiende á la conjuntiva bulbar, y llega á hacerse purulenta la secreción. Acabamos de hablar de la forma aguda, purulenta, de oftalmia, llamada *ceguera* é indicado su gravedad si no se trata convenientemente.

La marcha de la conjuntivitis catarral franca es aguda. La forma crónica es sintomática de las enfermedades de las vías lacrimales, de la blefaritis ciliar, de la astenopia, ó son de origen profesional y persisten mientras dura la causa.

La inflamación simple de la mucosa ocular se manifiesta de ordinario simultaneamente en ámbos ojos, pero suele observarse en uno solo cuando depende de un accidente; traumatismo, cuerpo extraño, quemadura.

Hay individuos en quienes la conjuntivitis aparece periódicamente todos los años, como sucede en la estación seca á los

que tienen pestañas cortas y escasas que no pueden guarecer la mucosa contra el polvo. Habitualmente estrechando la abertura palpebral las pestañas forman por delante del globo una red tupida que lo defiende de los cuerpos extraños sin anular la vista. Pues bien, las personas que no puedan conseguirlo, por la causa explicada, ó porque padezcan de ectropión, ó se hallen sujetos á cualquiera acción irritante, sufrirán con frecuencia ó perennemente de conjuntivitis.

Las profesiones más variadas se cuentan en el número de estos pacientes, como puede verse en el adjunto cuadro.

Costureras.....	3	Cocineros.....	5
Comerciantes.....	5	Propietarios.....	3
Toneleros.....	1	Sirvientes.....	3
Labradores.....	7	Tabaqueros.....	1
Lavanderas.....	3	Cocheros.....	1
Carboneros.....	1	Mecánicos.....	4
Serenos.....	1	Pintores.....	1
Escribientes.....	3	Carpinteros.....	1
Estudiantes.....	3	Sastres.....	1
.....	..	Jornaleros.....	5

La mayor parte de las mujeres que padecieron de conjuntivitis se ocupaban en los quehaceres propios de la casa

Aunque esta enfermedad no depende de ningún trabajo en particular, sin embargo se hallan más expuestos á sufrirla aquellos individuos que sus profesiones exponen á la acción de polvos ó sustancias irritantes, y á los cambios frecuentes de temperatura.

El tratamiento que he empleado obtiene la curación en algunos días. Consiste en lavar los ojos con una solución antiséptica (ácido dórico al 3 ó 4 p $\%$ de preferencia) en el uso de colirios astringentes, particularmente sulfato de zinc $\frac{0.10}{10}$ á $\frac{0.25}{10}$, compresas calientes de cocimientos emolientes, sauco, manzanilla, malvas, y los cuidados higiénicos de preservar los ojos del polvo, y de la luz viva ó artificial, de las atmósferas viciadas, el reposo del órgano, etc.

Para terminar haré mención de algunos remedios inútiles cuando no perjudiciales que el vulgo emplea contra la *ceguera*. Los más conocidos son: lavar los ojos con agua serenada que se prepara colocando agua de pozo en una palangana que se deja á la intemperie toda la noche, para lavar con ella los ojos á la mañana siguiente. Otro es colocar entre los párpados una de las llamadas *pedras de ojo*, remedio que podría ser útil en los casos de existir un cuerpo extraño libre en los fondos de saco de la conjuntiva. Pero son perjudiciales, instilar en el ojo enfermo algunas gotas de sangre sacada de un dedo; de sangre de garra-pata; de leche de pecho, que es uno de los más empleados. Y en fin, otros que no se comprende como hay personas que se atrevan á usarlos, por ejemplo, lavar abundantemente los ojos con orinas de niño de sexo diferente al del enfermo; y algunos más que los enfermos mismos se avergüenzan de confesar.

OFTALMIA PURULENTO.

La oftalmia purulenta es la enfermedad de los ojos que se presenta con un aparato inflamatorio mas imponente: tumefacción enorme de los párpados, rubicundez y dolor y supuración abundantísima de un pus cremoso.

TOTAL	Recien nacidos	Blenorragia.	Catarro purulento.
8	5	2	1

He observado la oftalmia purulenta en los blancos y en los negros.

Su forma más común es la de los recién nacidos, que segun sus padres no aparece hasta el tercer día. Este pus es fluido y en ninguno de los casos produjo lesiones definitivas del globo, á pesar de haberse acudido tarde á la medicina; pero sin embargo, esto no quiere decir que la afección sea benigna, pues algunas de las atrofiás del globo inscritas fueron debidas á la oftalmia de los recién nacidos. Esta oftalmia fué siempre doble, aunque algunas veces aparece primero en un lado.

La oftalmia blenorragica es mucho más grave. De estos dos casos, uno fué monocular, ojo derecho, y el segundo de ambos ojos, y cuando el enfermo vino á consultarse ya una de las córneas había sido perforada por el pus.

OFTALMIA PUSTULOSA.

Esta enfermedad, una de las mas frecuentes de la patología oftálmica, consiste en la formación de una ó varias vesiculo-pústulas sobre la cornea ó la conjuntiva. Sin fiebre ni trastornos de otros órganos aparece una inyección conjuntival, limitada á un pequeño espacio con dolor, lagrimeo y fotofobia, y generalmente de forma triangular en cuyo vértice aparece bien pronto una vesiculita de medio á un milímetro, y hasta de mayor diámetro, ó bien aparecen varias reunidas en grupo ó dispuestas en rosario sobre el borde de la córnea.

TOTAL.	CONSTITUC.		AFECCIONES CONCOMITANTES.							ESTACIÓN.	
	Linfáticas.	Escrofulosa.	Eczema.	Forúnculos.	Impétigo.	Coquelucha.	F. eruptivas.	Anginas.	Blefaritis.	Seca.	Lluvia.
65	23	25	7	1	1	1	3	1	2	29	36

Estas vesiculas se transforman en pústulas de color opalino lechoso, que destruyen su delgada pared anterior; y se convierten en una ulceración superficial, que de ordinario cicatriza rápidamente dejando como señal indeleble de la afección nubéculas poco aparentes.

A menudo los brotes de vesiculo-pústulas se suceden durante varios meses, y las recidivas son tan frecuentes que suele repetirse esta oftalmia durante muchos años con intervalos variables; así ocurrió, en uno de nuestros pacientes que durante diez años venía padeciendo la enfermedad en la estación seca.



Cada uno de estos brotes se termina por la formación de nuevas manchas de la cornea que á su vez son causa del astigmatismo irregular y de la notable disminución de la vista, á parte otras graves consecuencias que se expondrán oportunamente. La enfermedad, por consiguiente, benigna en su primer brote, puede hacerse grave para el órgano en los sucesivos sin un tratamiento general adecuado que modifique favorablemente la constitución de los pacientes.

La oftalmia pustulosa fué mas frecuente en las hembras que en los varones, diferencia que se explica por la causa de la enfermedad:—el linfatismo. Si los chinos no la padecieron, á pesar de su organización degenerada, depende probablemente de que los que entre nosotros viven han pasado el periodo de la vida en que se observa la enfermedad. Los mulatos que no se hallan en las mismas condiciones de edad, pero que son un producto híbrido, de constitución física más pobre que sus progenitores, la sufren con mayor frecuencia que las otras razas. En los negros es menos común que en los blancos.

La oftalmia escrofulosa es una enfermedad propia de la infancia. No he observado ni un sólo caso antes de los 8 meses. Al periodo de la primera dentición corresponden cuatro casos, su mayor frecuencia se observa durante la segunda dentición y hasta el establecimiento de la pubertad, más particularmente de los 6 á los 9 años, es decir, al terminar la segunda dentición. En 8 enfermos acababa de establecerse el periodo puber, y algunos

1. ^a dentic.	2. ^a dentic.	7 á 15 años	15 á 20	20 á 35	TOTAL.
4	21	22	6	12	65

de los que figuran en la columna de 15 á 20 años eran jóvenes linfáticas que sufrían desórdenes menstruales. Los demás enfermos hasta los 35 años fueron en su mayor parte mujeres de constitución delicada y que por su profesión se hallaban expuestas á sufrir irritaciones en los ojos. Ningún caso se ha ins-

crito después de esta edad. De modo que una de las condiciones para el desarrollo de esta afección es la infancia, sobre todo al terminar la segunda dentición.

Pero la causa más importante de la oftalmia pustulosa consiste en la constitución delicada de los enfermos, hecho desde mucho antes tan reconocido que ha servido para designar la enfermedad con el nombre de *oftalmia escrofulosa*. En efecto, de los 65 casos que señala mi estadística, había 23 individuos francamente linfáticos, y 25 que presentaban manifestaciones escrofulosas: infarto de los ganglios linfáticos, coriza crónica, cicatrices en costurones, dientes grandes, irregulares, separados y aserrados, una vez sífilis hereditaria y otra raquitismo con deformación de la columna vertebral. Algunos de estos enfermos padecían á la vez de blefaritis, que es una causa irritante de la conjuntiva y de la córnea; en 3 enfermos se presentó la afección ocular durante la convalecencia de la viruela, la escarlatina y el sarampión; y en fin, coincidían con esta forma de oftalmia diversas afecciones de la piel.

Al ocuparme del eczema palpebral hice notar la frecuencia con que ambas enfermedades coinciden, en cuyo hecho no había puesto atención hasta el momento de formar la estadística, y por consiguiente hasta hoy no había buscado la relación que pueda existir entre estos padecimientos. A pesar de su notable analogía no deduciré de su probable identidad mientras no lo demuestren hechos numerosos, puesto que bien puede una misma causa—el linfatismo—originar ambas afecciones. Pero de todos modos establezco reservas sobre este particular que puedan llamar en este sentido la atención de los observadores.

La oftalmia pustulosa se observa en todas las épocas del año, tanto en la estación seca como en la de las lluvias, y casi en la misma proporción, según indica el cuadro de estos 65 enfermos. En Europa se conoce también la enfermedad con el nombre de *conjuntivitis de primavera*, por ser la estación en que generalmente se presenta; entre nosotros si bien se observa durante todo el año, es mucho más frecuente en los siete primeros meses que comprenden cuatro de seca y tres de lluvias; así, de nuestra estadística corresponden á este periodo 51 casos, distri-

buidos del modo siguiente: Enero, 10; Febrero, 7; Marzo, 8; Abril, 5; Mayo, 9; Junio, 4 y Julio, 8; mientras que en los cinco últimos meses del año sólo observé 14 casos; (6 en Agosto y dos en cada uno de los restantes.)

El número de flictenas ó pústulas es variable; generalmente se presentan una ó dos al principio, pero con frecuencia se suceden otras que brotan á cierta distancia de las primitivas, ó bien tan próximas que forman una especie de cadena.

Lo común es que padezcan ambos ojos, bien sea á la vez ó al recaer, es decir, que durante el primer brote sólo sea atacado un ojo y en el siguiente ó en otro posterior su congénere.

El sitio que de preferencia ocupan las vesículo-pústulas es el borde esclero-corneal cabalgando sobre la conjuntiva y la córnea; son también frecuentes en la córnea, y más graves en el centro de esta membrana por el astigmatismo que producen las cicatrices consecutivas con notable perjuicio de la intensidad visual. Como en una quinta parte de los enfermos inscritos las pústulas se asentaban sobre la conjuntiva bulbar á una distancia de la córnea que variaba de 0m001 á 0m003. La erupción reside por encima ó por debajo del diámetro horizontal del globo, pero es más frecuente en la porción inferior, y á la altura de dicho diámetro, es decir, en toda la región que deja al descubierto la hendidura palpebral.

TOTAL.	N. de púst.		Ojo enfermo.			Situación.			Complicaciones.					
	Una.	Varias.	D.	I.	DI.	Córnea.	Borde corn.	Conjuntiva.	Bandeleta.	Perforación corn.	Irido corn.	Conjuntivas intens.	Leucomas.	Cranulaciones.
65	21	44	15	23	27	33	35	10	7	1	3	7	13	1

Cuando varias pustulitas de la córnea muy próximas entre sí se ulceran y se recubren de una vascularización común, constituyen la llamada *queratitis en bandeleta* por el aspecto de una cinta roja que le dan los vasitos de nueva formación.

En casos excepcionales se complica la oftalmia pustulosa de lesiones graves, p. ej., perforación de la córnea ó irido-coroiditis, que pueden engendrar la atrofia del bulbo ocular. Pequeños leucomas superficiales suceden á cada pústula; si sólo se indican 13 casos, fué porque los enfermos consultaron durante una recidiva, y tenían por consiguiente las cicatrices de la primera erupción, ó bien porque fueron observados en un período avanzado del primer brote cuando ya habían cicatrizado las primeras manifestaciones.

Entre los enfermos que desempeñaban alguna profesión hemos inscrito los siguientes, sin indicar la de escolares que, por su edad, era la ocupación de la mayor parte:

Comercio....	3	Diamantistas.....	1
Cocineros.....	5	Barberos.....	1
Costureras.....	1	Tabaqueros.....	1
Marinos... ..	1	Su casa.....	5

De esta lista se deduce que los oficios, como el de cocinero, que á la vez debilitan el estado general, y exponen los ojos á continuas irritaciones por el humo y el calor, favorecen el desarrollo de la enfermedad, aun en los adultos.

El tratamiento por las insuflaciones de calomel ó una pomada que mecánicamente destruye la pared anterior de la vesícula y favorece la cicatrización de la úlcera consecutiva, obtiene de un modo brillante la remisión de los síntomas funcionales. Simultaneamente con el tratamiento local se establece un plan tónico reconstituyente (Aceite de hígado de bacalao, vino de quina, ferruginosos, baños de mar, ejercicios higiénicos, etc.) que debe continuarse durante mucho tiempo para mejorar la constitución de los sujetos y prevenir de este modo las recidivas desagradables de esta enfermedad.

OFTALMIA GRANULOSA.

Las granulaciones específicas sólo representan en esta estadística el 3.5 p. Σ del número total de enfermos. Es una enfermedad crónica, de marcha insidiosa, que los pacientes no reco-

nocen hasta despues de mucho tiempo, por lo común, cuando aparecen complicaciones corneas ó palpebrales.

TOTAL.	Lesiones de la cornea.				Complicacions palpebrales.		
	Pannus superior	Pannus complot	Ulceras.	Leucomas.	Entropión.	Triquiasis.	Blefari-tis.
35	29	3	12	5	7	7	1

Parece ser menos grave aquí que en Europa; yo al menos no he visto entre nosotros esas complicaciones que ocasionan con tanta frecuencia la ceguedad en otros países.

Cuando las granulaciones han adquirido cierto desarrollo aparece un pannus, vascularización superficial de la porción de cornea recubierta por el párpado superior, y que es uno de los signos más característicos de la afección.

La existencia de este pannus nos lleva á invertir el párpado superior, y á descubrir en la conjuntiva adherente al tarso, pequeñas granulaciones, redondeadas, exparcidas ó en grupos. La destrucción espontánea de estas granulaciones deja un tejido blanco cicatricial que al retraer la conjuntiva incurva el párpado ocasionando el entropión y el triquiasis. Otra de las complicaciones mas frecuentes de las granulaciones son las úlceras de la cornea, bien porque aquellas se formen sobre esta membrana ó por el frote continuo de las pestañas desviadas. Sin embargo, el diagnóstico de las granulaciones ofrece á veces dificultades; conservo dudas respecto á su especificidad en algunos de mis enfermos que no usando ningun tratamiento contra su enfermedad permanece esta estacionaria durante mucho tiempo que he podido seguirla, sin que aparezcan esas complicaciones habituales que comprometen la función del órgano.

Así ha sucedido en dos hermanas de familia acomodada que en tres años de granulaciones en los fondo de saco conjuntivales no tuvieron ninguna manifestación sobre la cornea; solo por parte del párpado un ptosis ligero.

Aunque rara vez, sin embargo, suelen ser graves las granu-

laciones. La inscripción 251 es el único caso fatal que he observado de esta enfermedad. Se refiere á un labrador, de 48 años, bien acomodado, que me consultó en Febrero de 1885, por granulaciones palpebrales con complicaciones de las corneas. En O. D. tenía una pequeña úlcera transparente, de bordes en bisel, situada en la parte inféro-externa de la cornea, que presentaba además en su tercio superior un pannus superficial de pequeños vasos que descendían paralelos hasta recubrir toda la porción que de ordinario oculta el párpado superior. El iris era normal, y la pupila libre.

En O. I. había además del pannus superior, una perforación central de la cornea con hernia del iris, é iritis intensísima, con fuertes dolores hemiraneales del lado izquierdo, y pérdida total de la vista.

En vez de seguir mis prescripciones usó los remedios vulgares mas absurdos, hasta que en Septiembre volvió á consultarme en el estado mas lastimoso; en O. D. había una vastísima perforación con prolapsus total del iris, y en O. I. la cornea se había atrofiado. V=0 en ambos ojos.

Aun en este caso grave no hubo ese pannus total carnoso que oculta la cornea y que con tanta frecuencia he observado en Europa.

Pero cuando los enfermos tienen constancia en el tratamiento siempre penoso de las granulaciones, se obtiene una curación aceptable, de que es ejemplo un chino, Inscrip. 642, de 50 años, cocinero, de constitución linfática y en extremo debilitado, que se hizo tratar con regularidad en mi clínica durante quince meses.

Padecía de granulaciones conjuntivales en ambos ojos, con pannus parcial, y en O. D. complicadas de iritis y una úlcera alargada de fondo sucio que desde el borde se extendía hasta el centro de la cornea, siguiendo el diámetro horizontal. Con el descanso de su profesión, y un tratamiento variado; tónicos al interior, y localmente cauterizaciones, con sulfato de cobre, la atropina y la cocaina, pomadas de iodoformo, y de base mercurial, y las duchas locales de vapor repetidas en dias alternos de la solución siguiente:

Acido fénico	1	gramo.
„ bórico	6	„
Agua destilada	200	„

se obtuvo la cicatrización de las úlceras que sucesivamente se habían formado. y la curación de la afección primitiva, conservando el grado de vista que le permitían los leucomas.

Las granulaciones son mas frecuentes en los varones, y en los chinos y los blancos, y casi todos los enfermos pertenecen á la clase mas pobre de la sociedad.

El tratamiento ha sido muy variado; cauterizaciones con un cristal de sulfato de cobre, lociones de bicloruro de mercurio al $\frac{1}{5000}$, duchas locales de vapor, la atropina, la cocaina, etc., variedad de medicamentos que indica cuan rebelde es la enfermedad á los tratamientos conocidos.

A los tópicos en la región enferma he unido los reconstituyentes para modificar la constitución debilitada de esta clase de enfermos.

CONJUNTIVITIS TRAUMÁTICA.

En los dos casos señalados fué producida por la presencia de un ojo artificial, aunque bien pudieron incluirse en la oftalmia simple del mismo modo que los consecutivos á quemaduras.

EQUIMOSIS.

Los esfuerzos de tos provocaron un vasto equímosis de la conjuntiva bulbar en un negro que padecía coqueluche.

En un adulto se presentó simultáneamente con una hemoptisis precedida de tos; y en el tercer caso fué consecutivo á una herida de arma blanca en la región malar.

Estos equimosis, de color violado obscuro cuando son recientes, se tornan rosados, y en fin, amarillos hasta desvanecerse por reabsorción sin tratamiento alguno á los 15 ó 20 días.

CUERPOS EXTRAÑOS.

Dos casos, uno de ellos era un pedacito de carbon de la locomotora que se implantó en la conjuntiva de un viajero.

LIPOMA.

En una joven de 15 años, caso único, vease la nota: "Hipertrofia del tejido adiposo subconjuntival sobre diámetro horizontal externo de O. D. á 0^m004 del borde de la cornea. Es mas grueso entre los músculos rectos superior y externo, y desde allí se dirige verticalmente abajo adelgazándose hasta la altura del recto inferior, teniendo por consiguiente la forma de una cuña. Tiene un color ligeramente amarillento, es aplanado, y no se percibe á distancia."

HIPERTROFIA DE LAS PAPILAS.

Anoté en la inscripción 42. "J. C., 12 años. Creo que se trata de una conjuntivitis foliculosa con hipertrofia notable de las papilas. Estas están colocadas en el fondo de saco superior; son alargadas, salientes, de un color gris, irregulares en su extremo libre."

No he vuelto á observar otro caso de esta hipertrofia de papilas, que presentaban un aspecto parecido al de las papilomas de la piel.

HIPERTROFIA DE LA CONJUNTIVA.

La he observado en dos enfermos de la clase pobre y pocos cuidadosos de su limpieza personal, que padecían una conjuntivitis con supuración. La tumefacción de la conjuntiva produjo el ectropión, y en este estado el contacto del aire y del polvo hizo permanente el engrosamiento de la mucosa, que adquirió un color obscuro y mayor consistencia.

VARICES.

Véase la inscripción 526: "Tumor semejante en ambos lados, indolente, subconjuntival, movable, semejante á un paquete varicoso, de color rojizo, simétricamente situados hacia el ángulo supero-externo por debajo de la conjuntiva bulbar. Se desarrolló primero en O. D. con inyección generalizada de la conjuntiva bulbar, y epífora, con caracteres que podrían confundirlo

con una iritis, pero sin que hubiese cambio de color ni inmovilidad del iris. Se percibe una tumefacción difusa del párpado superior en su mitad externa, y ligera exoftalmia; pero no se sienten ruidos ni pulsaciones. La enfermedad apareció de un modo insidioso; no hubo traumatismo. ¿Serán tumores varicosos de venas de la región externa de la órbita?'

PTERYGION.

Nuestro país ofrece un vasto campo para el estudio de esta enfermedad; ella sola representa el 7.3 p. 3 del número de enfermos que me consultaron; pero incluyéndolo todos los casos, y son la mayoría, que no acuden al médico, pasaria la proporción del doble de la cifra indicada. Mas de la mitad de los enfermos se consultaron por afecciones distintas del pterigión, pues este último, dada su indolencia, la edad de los enfermos y la rareza ó ausencia de trastornos funcionales, solo excepcionalmente es objeto de preocupación para los enfermos. El cuadro adjunto se

PTERYGION.	AFECCIONES OCULARES CONCOMITANTES.															
Sin otra afección ocular.	Conjuntivitis	Equimosis conjuntiva	Queratitis	Leucomas	Atrofia cornea	Granulaciones	Iritis	Estafiloma cornea	Coroiditis	Retinitis pigmentaria.	Glaucoma	Catarata	Dacriocistitis	Blefaritis	Ectropión	Cuerpo extraño de la cornea
37	9	1	2	2	1	1	2	1	2	1	3	7	1	1	1	1

ha construido expresamente para mostrar las enfermedades que hicieron consultar á los enfermos. Ninguna de ellas está en modo alguno relacionada con el desenvolvimiento del pterigión,

á no ser una forma de conjuntivitis crónica á que expone dicha enfermedad.

Pero entre las afecciones generales hay una que tiene marcada influencia en la producción de este padecimiento: la lepra. La anestesia de la piel se extiende á la conjuntiva y á la cornea; sobre estas membranas se depositan sustancias extrañas que no tardan en desarrollar el pterygió por el mecanismo que mas adelante expondremos.

El pterygió es una hipertrofia de la conjuntiva bulbar, bajo forma de un repliegue membranoso triangular, cuyo vértice se implanta sobre el tejido de la cornea y cuya base se pierde en uno de los ángulos del ojo.

Ataca en casi igual proporción á las razas blanca, negra y mulata, pero es sobre todo frecuente en la asiática, que solo representa 1/33 del número de blancos, si bien es cierto que los individuos de esta raza por su edad, sexo y posición social reúnen condiciones apropiadas para el desarrollo del pterygió.

Es mucho mas comun en los hombres que en las mujeres, diferencia que se explica por hallarse aquellos mas expuestos á sufrir las causas de la enfermedad, como veremos al hablar de la patogénia.

El pterygió es una enfermedad de la segunda mitad de la vida. Nunca lo he observado antes de los 20 años, no es raro de los 20 á los 30, pero su mayor frecuencia es desde esta edad hasta los 50 años.

E D A D E S .

+20	+30	+40	+50	+60	+70
12	5	31	18	7	3

La mayor parte de estos enfermos tenían una constitución fuerte, y no es extraño que así sucediera, pues las personas sa-

nas y robustas, son las que por sus profesiones se hallan mas expuestas á contraer la enfermedad,

En efecto, el pterygi6n está ligado  toda clase de trabajos que obligan  recibir la acci6n del polvo, del humo, y otros agentes irritantes sobre la conjuntiva. Los labradores, militares, al-

Labradores.	20	Alba6iles.	3
Marinos.	4	Barberos.	1
Militares.	1	Cocineros.	3
Comerciantes.	5	Jornaleros.	2
Escribientes.	1	Paileros.	1
Tabaqueros.	2	Carreteros.	1
Empleados.	2	Costureras.	2
Su casa.	13	Planchadoras.	2

ba6iles, carreteros y jornaleros, que estn muy expuestos  la influencia del polvo, los cocineros al humo, y los cocineros, marinos y planchadoras  un calor intenso se hallan más expuestos  padecer la enfermedad; pero sobre todo durante la seca es tal el polvo en las poblaciones y en el campo que irrita las conjuntivas hasta de las personas de vida sedentaria.

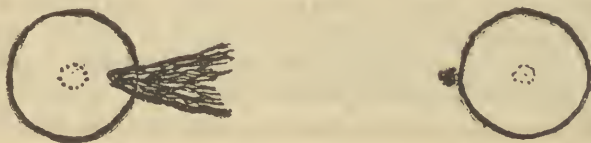
Considero dos estados  esta enfermedad; uno inicial; hipertrofia de un punto de la conjuntiva vecino de la cornea: *pinguecula*; y el segundo, de desenvolvimiento completo, implantaci6n de la conjuntiva sobre la cornea: *pterygi6n*. Hasta hoy se han creido estos dos estados como dos enfermedades distintas.

Total de enferms.	Total de pterygion	PINGUECULA.					PTERYGION.						
		O. D.		O. I.		Total	O. D.		O. I.		Inferior.		Total
		Int.	Ext.	Int.	Exi.		Int.	Ext.	Int.	Ext.	O. D.	O. I.	
73	150	14	2	18	3	37	51	2	53	5	1	1	113

Ordinariamente se desarrolla la afección en ámbos ojos, pero casi siempre en distinto grado; mientras en uno solo existe el pinguecula en el otro se vé un pterygión, ó bien este desarrollado en ambos ojos aunque con dimensiones desiguales. Lo mas comun es que exista un pterygión interno en cada ojo, pero suele verse sobre el mismo ojo uno interno y otro externo; así no de extrañarse la diferencia entre el número de enfermos y el de pterygión—73 y 150—puesto que la mayor parte de los pacientes tenian dos pterygiones simétricos, y algunos mayor número.

El diámetro horizontal del globo constantemente expuesto durante la vigilia á la acción exterior, es el sitio de elección del pterygión, y especialmente en su mitad interna donde es mas ancha la abertura palpebral.

El pinguecula puede permanecer mucho tiempo ó indefinidamente estacionario; pero uná vez implantado sobre la cornea marcha lenta pero progresivamente hacia el centro de la membrana, donde se detiene. La inscripción 288 muestra un pingueculo sobre O. D. y un pterygión sobre O. I. situados simétricamente.



Pterygión O. D.—Pinguecula O. I.

El pterygión adquiere á veces un notable desarrollo, y su forma es la de una banda triangular mas ó menos ondeada. Las inscripciones 580 y 621 son modelos de forma y dimensión.

“621.—Blanco, de 45 años, que ingresó en el Hospital Mercedes por una afección cardiaca, padece además de pterygión interno en ambos ojos. En O. D. es estrecho, grueso, casi cilindrico.

Su cabeza se inserta en la cornea por encima del diámetro horizontal, y se dirige hácia abajo y adentro describiendo una curva pronunciada de concavidad superior, y su cola se pierde en el ángulo interno del ojo. En O. I. el pterygión, tambien in-

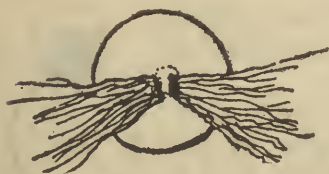
terno, es mas ancho y aplanado. El diámetro horizontal de la esfera ocular lo divide en dos partes desiguales, de las cuales es mayor la inferior.

“Asegura que empezaron á formarse hace mas de 25 años, y si esto es cierto, son de marcha muy lenta, pues apenas alcanzan la mitad del radio de la cornea.”

“580.—Una negra de 50 años, padece de pterygi6n interno en ámbos ojos. Son gruesos, carnosos, con muchos años de antigüedad. Le fueron operados hace 9 años, pero se han reproducido y desenvuelto hasta el estado actual, que es de los más voluminosos que pueden encontrarse. En O. D. cubre la casi totalidad de la pupila; asi es que llega hasta el centro de la cornea; el de O. I. es algo menor.

V { O. D.—1720.
 { O. I.— 178.

Otro ejemplo de desarrollo extraordinario es el la “Inscripción 76, negro, albañil, de 44 años, que presenta en O. D. un pterygi6n interno enorme, carnososo, muy vascular; se implanta por una cabeza sumamente ancha en el centro de la cornea. En O. I. además de un pterygi6n interno análogo, hay otro externo igualmente desarrollado, llegando ambos á tocarse en el centro de la cornea por sus bordes blanquecinos, y habiendo ocasionado una notable disminuci6n de la vista.



Pterygions
 interno y externo, muy desarrollados

Estos pterygiones voluminosos, por la tracci6n que ejercen sobre la conjuntiva han llegado á formar una especie de simblefaron con el párpado inferior, una tirantez de la mucosa, que la asemeja á una brida entre el párpado y el globo.”

Por estos casos que acabo de exponer se vé que cuando el pterygi6n adquiere tales proporciones que llega al centro ó á la próximidad del eje visual ocasiona desórdenes funcionales que varian desde una disminuci6n de la vista hasta la cegu6dad, que solo permite la percepci6n de los bultos grandes.

Estas consideraciones nos llevan a sentar un pronóstico grave para esta enfermedad que no siempre ha merecido la atención de los médicos, y de los enfermos solamente en un periodo avanzado, cuando ya son irremediables los trastornos funcionales, puesto que las lesiones de la cornea, aun después de la extirpación del pterygión, persisten bajo forma de leucomas.

De modo que la operación del pterygión está indicada, justamente cuando este es reciente, puesto que la operación no tiene por objeto devolver la vista sino impedir que se pierda.

Una prueba poderosa de que la causa primera del pterygión es la acción de los agentes exteriores sobre la mucosa ocular ha venido á proporcionarla un caso de pterygión inferior en un individuo cuya observación transcribo.

“870. Chino, de 57 años, asilado en el Hospital de San Lázaro por lepra anestésica que ha destruido las manos y los dedos de los piés. Presenta por la misma causa un ectropión de los párpados inferiores con eversión completa del cartilago tarso. Sobre el globo se han desarrollado dos pterygiones inferiores anchos y carnosos. Para formarse en esta disposición ha sido necesario que prexistiese la eversión del párpado, é indudablemente ha contribuido en gran manera la anestesia de la mucosa, que no puede desembarazarse de las sustancias extrañas por la falta de reflejos.”

Además de este caso de dirección anómala del pterygion; he observado otra disposición rara en un individuo tambien leproso.

Era un chino, de 40 años, que sufría de lepra de forma mixta, el cual presentaba un pterygión interno en O. D. y otro externo en O. I.; ambos medianamente desarrollados. Esta disposición parece indicar que el enfermo por su oficio ó por cualquier otro motivo mantenía de ordinario la mirada sobre el lado derecho.

Se comprende, por otra parte, que una ulcerita superficial del borde de la cornea en cualquiera de sus diámetros oblicuos pueda originar una de estas formas anómalas de pterygión, siempre que una exoftalmia ó deformación palpe-



Pterygión inferior en un leproso con ectropión.

bral mantenga dicha úlcera en contacto prolongado con el medio exterior. Y sin embargo, aun en estos casos no vemos la forma típica del pterygión. Pronto veremos, que algunos carecen del reborde blanco nacarado de la cabeza, que es característico, y esas irregularidades se observan cuando á su formación no han presidido las circunstancias que expusimos en 1887 (1) y que reproducimos para terminar este estudio del pterygión.

"No expondré todas las teorías conocidas, lo que sería tarea inútil para mi trabajo, así es que me limitaré á desarrollar la opinión que me he formado por la observación de estos casos que relato, opinión que engloba las que Horner y Poncet han profesado: el primero derivándolo del pinguécula; y el segundo sometiénolo al influjo de microorganismos. Mis ideas, pues, participan de ambas teorías, pero considerándolas á cada una de por sí insuficiente para explicar la patogenia del pterygión.

"La hendidura palpebral se halla siempre más ó menos entreabierta, y expuesta, por consiguiente, á la acción irritante de los agentes exteriores (polvo, humo, etc.,) particularmente en individuos de pestañas cortas y escasas, y que por sus profesiones viven en esos medios desfavorables. La acción de estas causas se ejerce únicamente sobre el diámetro horizontal del globo ocular.

"El ojo no forma una esfera completa, sino que se compone de dos segmentos de radio desigual; en la unión de ámbos, como es natural, existe una pequeña depresión.

"Por otra parte, la córnea está formada por un tejido compacto y terso, y como las secreciones oculares la bañan continuamente, limpian su superficie de toda sustancia extraña y mantienen su perfecta transparencia. No sucede lo mismo con la conjuntiva; formada por un tejido celular flojo, que fácilmente se deja atacar por los agentes mecánicos, como lo indica la frecuencia de las conjuntivitis bajo el influjo de esta causa.

"Ahora bien, de todos los puntos del diámetro horizontal nin-

(1) *Apuntes sobre el pterygion.* — Comunicación á la Academia de Ciencias.

guno tan expuesto á los agentes exteriores como la conjuntiva á ambos lados de la cornea, junto á la depresión que forman ambas membranas. Esta depresión lo está menos, por ser mas adherente su tejido, y porque las lágrimas que bañan la cornea descienden por esta especie de canal. Y el lado nasal es mas sensible, tanto por la mayor abertura palpebral hacia el ángulo interno cuanto por la mayor vascularización de la conjuntiva en este punto, en donde llega á producirse un espesamiento de la mucosa.

"La acción continuada durante mucho tiempo de estos agentes, del polvo, p. ej., que en la estación de la-seca y en los campos particularmente forma nubes de partículas finísimas que irritan é inflaman las mucosas ocular, nasal, bucal y respiratoria, son la causa principal de la formación en los puntos indicados de la conjuntiva bulbar, de esos tumorcitos hipertróficos de la conjuntiva y del tejido subconjuntival que conocemos con el nombre de pinguéculas. Este, en mi concepto, no es mas que el primer período del pterygión.

"Los caracteres del pinguécula son bien conocidos. Generalmente se presenta de un color blanco uniforme, sin vasos apreciables, de mediana consistencia, algo movable, formando relieve, más abultado del lado de la cornea; menos limitado del lado del ángulo palpebral alcanza de 0^m003 á 0^m004 en su diámetro mayor que es horizontal, y próximamente la mitad de anchura: su forma es, pues, ovalada. Está separado del borde de la córnea en un principio por 0^m002 á 0^m001, pero esta distancia se estrecha en proporción á su desarrollo, disminuye hasta medio milímetro, y luego llega á ser inapreciable. A la vez se establece una hiperemia de la conjuntiva en forma de banda que del ángulo del ojo se dirige al pinguécula. Yo lo he visto en estas diversas fases de su desarrollo:

"Que el pinguécula y el pterygión no son mas que diversas fases de una misma enfermedad, lo prueban: la constitución anatómica, que en ambos es la hipertrofia de los elementos conjuntivos; la simetría de ambas afecciones; la elección de sitios idénticos; y la existencia simultánea de pterygión sobre un ojo y de pinguécula sobre un punto simétrico del opuesto.

"En 10 casos, de 46, es decir, en la cuarta parte, he visto coincidir el pinguécula de un ojo con pterygión de su congénere, simétricamente situados del lado nasal. Como el aspecto que presentan es siempre idéntico, no relataré aquí para mayor aclaración más que un solo ejemplo:

"Número 280.—Campesino.—O. I. Pterygión ténue. Su cabeza de color blanquecino, monta sobre borde de córnea.

O. D. Pinguécula interno de la conjuntiva, que está engrosada en un punto en forma de botón sobre esclerótica, muy próximo á la córnea, pero sin tocar á esta membrana. Aunque no sea más que por analogía, me veo en el caso de considerar este pinguécula como el primer período del desarrollo del pterygión."

"Queda, pues, sentado que el pinguécula y el pterygión son diversas fases de la misma enfermedad. Pero ¿cómo un pinguécula pasa á ser pterygión? ¿qué mecanismo preside esta transformación?

"Ya he dicho que el pinguécula progresa lentamente, haciéndose mas grueso y aproximándose á la córnea hasta tocar en el borde de esta membrana por su extremo más abultado, y cubriendo por consiguiente la depresión del borde esclero-corneal. Desde este momento la porción vecina de la córnea puede ser atacada por los agentes exteriores, que se detienen sobre el pinguécula y descienden sobre ella, que se encuentra en un plano inferior, y pueden al cabo de cierto tiempo, como la gota de agua sobre la piedra, producir la destrucción de su epitelio del mismo modo que ya lo ha sido anteriormente el de la conjuntiva sobre el pinguécula. Se produce entónces una hiperemia de la conjuntiva en este punto, hay tumefacción del pinguécula, que se pone en contacto con la córnea desprovista de epitelio, y se establecen adherencias entre ambas membranas.

"Pero estas adherencias serían reparadoras, y permanecerían estacionarias, si no interviniese un nuevo elemento, los microorganismos, que encontrando en la perdida de sustancia un medio apropiado para su desarrollo, pululan, y serán los encargados de arrastrar la conjuntiva en su marcha á través de la córnea.

"Esta idea, sugerida á Poncet por la marcha típica del ptery-

gión, lentamente progresiva, y por su forma constante y característica, es, en mi concepto, tan racional que la creo la única capaz de explicar de un modo satisfactorio los diversos fenómenos que se realizan en la evolución de esta enfermedad.

"Sobre toda úlcera de la córnea pueden depositarse gérmenes análogos sin que originen un pterygión, porque para su producción es indispensable la vecindad del pinguécua, que por su tumefacción viene á ponerse en contacto con la córnea sin es fuerza ni violencia.

"Las adherencias que se establecen entre el pterygión y la córnea, son íntimas aunque no profundas, puesto que se limitan á las capas superficiales de su tejido propio. Cuando se practica la extirpación hay dificultad para separar el pterygión en su totalidad, persistiendo siempre restos de conjuntiva sobre la córnea, ó bien determinando una ulceración de esta membrana al querer desprenderlo por completo.

"Una vez verificadas esas adherencias, queda constituida la cabeza del pterygión, que es más ó menos redondeada, y presenta siempre un borde blanquecino, aplanado, muy adherente, bajo el cual deben existir los gérmenes que lo llevan hacia el centro de la córnea. En ocasiones, cuando aún no está muy desarrollado el pterygión, su cabeza forma una verdadera placa blanca brillante, cuadrangular ó de forma indeterminada. Esta es la única porción donde reside el mal que, al arrastrar la conjuntiva, determina necesariamente su forma triangular, el exceso de vascularización y la hipertrofia consecutiva.

"Pero hay un carácter sobre el cual nada indican los autores, y es: que la línea que representa el diámetro horizontal del globo ocular divide al pterygión en dos partes desiguales, quedando la mayor por debajo de la misma. Este carácter, si no constante, es la regla general.

"Los bordes del pterygión son redondeados, ligeramente curvos, sobre todo el superior que á menudo describe una curva elegante hacia abajo y afuera. El inferior es casi recto, y cuando el pterygión adquiere un gran desarrollo, el extremo inferior de este borde se adhiere algunas veces al párpado inferior en forma de symbléfaron.

"El modo de implantación del pterigi6n sobre la conjuntiva es curioso. Con frecuencia se verifica 6 lo largo de un ped6culo lineal, que representa el eje del pterigi6n, quedando libres los bordes, por detr6s de los cuales puede pasarse un estilete hasta el centro. Esta disposici6n favorece el manual operatorio por el mas f6cil desprendimiento del tumor y porque evita colocar suturas sobre la conjuntiva bulbar. Otras veces presenta el pterigi6n una ancha base de implantaci6n, que deja al descubierto la escler6tica al hacer la extirpaci6n, lo que obliga ent6nces 6 colocar suturas para unir los bordes del ojal hecho 6 la conjuntiva.

"El pterigi6n es una afecci6n binocular; pero no evoluciona en el mismo grado en ambos ojos; generalmente hay pterigi6n de un lado mientras que en el otro se observa todav6a un ping6cula, y cuando en 6mbos existe ya el pterigi6n, de ordinario est6 mas desarrollado de un lado. S6lo por excepci6n se ven dos pterigi6nes sim6tricos de iguales dimensiones.

"El pterigi6n avanza 6 veces tan lentamente que he visto uno de 24 a6os, que no se extend6a sobre el campo pupilar y que tal vez permanec6a estacionario por falta de vitalidad para desarrollarse. Pero el pterigi6n no avanza constantemente, su crecimiento tiene un l6mite: 6ste es el centro de la c6rnea. Ignoro la causa de esta detenci6n, de esa valla que lo contiene, sin que se refiera un solo caso de haberla traspasado. Ignoro de igual modo por qu6 siempre marcha 6 la altura del di6metro horizontal sin invadir la mitad inferior de la c6rnea, que tambi6n est6 siempre m6s 6 m6nos descubierta.

"En fin, para terminar condensar6 esta teor6a, hija de la observaci6n cl6nica, en las siguientes conclusiones:

1^a—Acci6n continuada sobre el di6metro horizontal del globo ocular, de los agentes exteriores: polvo, humo, viento, calor, etc.

2^a—Formaci6n consecutiva de un ping6cula, que no es m6s que el primer per6odo del pterigi6n.

3^a—Descamaci6n epitelial de este tumor y de la c6rnea adyacente, por la acci6n de las mismas causas.

4^a—Implantaci6n de microorganismos, probablemente, sobre la p6rdida de sustancia, y adherencia del ping6cula 6 la c6rnea.

5.^a—Marcha progresiva del pterygión.

6.^a—Límite de su excursión en el centro de la córnea, por causa ignorada.

7.^a—Forma triangular por la disposición de los vasos sanguíneos extendidos á manera de los rayos de una rueda.”





ENFERMEDADES DE LA CORNEA.

En el cuadro comparativo que hicimos al principio de este trabajo solo representan las afecciones de la cornea en Cuba el 18 p. $\text{\textcircled{S}}$ de todas las de los ojos, mientras que la estadística de Francia arroja el 30 p. $\text{\textcircled{S}}$ y la de Polonia el 22 p. $\text{\textcircled{S}}$. La diferencia depende de haber nosotros incluido en las oftalmías enfermedades muy comunes que otros profesores estudian separadamente en la conjuntiva y en la cornea. Pero de un modo general podemos asegurar que las afecciones de esta membrana son tan comunes en este país como en Europa.

QUERATITIS SUPERFICIAL.

En este grupo quedan comprendidas las complicaciones corneales de las oftalmías pustulosa y granulosa que han sido ya descritas, y en general de todas las lesiones que solo interesen el epitelio de la membrana. En este caso estan algunos traumatismos y quemaduras superficiales.

He inscrito un caso de opacidad superficial que se extendía á mas de un tercio de la cornea, con un aspecto semejante al del vidrio esmerilado.

Dijimos que el pannus granuloso empieza por el segmento superior de la cornea, y se extiende progresivamente á toda la membrana, mientras que el pannus escrofuloso de la oftalmía pustulosa empieza en cualquier punto de la cornea, principalmente en las partes de ordinario descubiertas, por flictenas en grupos que se ulceran y establecen bandeletas de fina vascularización; procede con irregularidad y ofrece leucomas pequeños que son las cicatrices de la erupción.

El herpes de la cornea, que ahora pasamos á estudiar es también una forma de queratitis superficial.

HERPES.

La cornea, aunque no con frecuencia, suele ser asiento de una erupción de vesiculitas tan pequeñas que pasan desapercibidas si no se examina cuidadosamente aquella membrana á la luz focal, y con la ayuda del oftalmoscopio: aquella nos muestra una erupción de varias ó muchas vesiculitas agrupadas de ordinario en el centro de la cornea; el oftalmoscopio hace ver una opacidad que oculta el fondo rojo del globo, opacidad bastante notable para producir una marcada disminueción de la vista.

En la *Revista de Ciencias Médicas* de esta ciudad (Fbro. 1888) publiqué tres de estas observaciones con todos los detalles de sus historias clínicas, pero á la índole de este trabajo bastará reproducir las consideraciones á que dieron lugar aquellos casos de herpes ocular.

Inscripción.	Sexo	Raza.	Edad	Constitución.	Profesión.	Ojo enfermo	Situación de las llieenas	OBSERVACIONES
646	V.	B.	1	Linfático	,,	I.	Centro cor.	Erupeición papulosa en la cara, fiebre, anorexia, etc.
762	H.	N.	18	Linfática	Costurera	D.	Centro cor.	Fiebre, herpes palpebral
765	V.	B.	19	Buena	Comercio	I.	Centro cor.	Fiebre, angina, iritis.
815	H.	N.	39	Buena	Lavandera	I.	Mitad sup.	Fiebre, herpes labial y palpebral, infarto ganglio submaxilar.
824	H.	B.	10	Linfático	Estudntee	I.	,,	Fiebre, herpes labial.

Se observa en primer término, fiebre, casi siempre con escalofríos, que pueden repetirse varios días seguidos, saburra gástrica y malestar: fenómenos de un desorden funcional.

"Aparece en segundo término, al segundo ó tercer día, como fenómeno crítico de la fiebre una erupción vesiculosa poco extensa, que puede localizarse en diferentes partes del cuerpo. A esta erupción acompañan constantemente un infarto de los ganglios linfáticos vecinos.

Y, en fin, el tercer período corresponde á la desecación de la erupción y retorno al estado sano. Al principio de este perio-

do se presentan dolores neurálgicos que se extienden á otros ramos del nervio no atacados directamente.

"En todos los casos la afección ha sido unilateral.

"El herpes ocular es más difícil de reconocer cuando no se acompaña de una erupción similar sobre la piel. Las vesiculitas que aparecen en la córnea son tan pequeñas, y los síntomas secundarios tan intensos, que es posible la confusión tomando por causa lo que solo es efecto. Sin embargo, si el enfermo consulta en el período de erupción, y se descubre ésta sobre la córnea, como sucedió en el número 765, nos vemos encaminados á hacer el interrogatorio del herpes, y descubriremos la fiebre y los infartos ganglionares. Cuando el enfermo se presenta en el período de desecación se dificulta más el diagnóstico, y hasta puede ser erróneo si se complica el herpes de dolores neurálgicos intensos que distraen la atención del médico, haciéndole pensar en iritis glaucomas ó neuralgias faciales.

"Pero, por fortuna, ordinariamente el diagnóstico es fácil, porque una erupción herpética de la cara con que á menudo coincide nos pone inmediatamente sobre la vía del diagnóstico; bien sea un herpes palpebral como en el 762, ó bien labial como en el 815.

"En los casos dudosos atribuyo gran importancia al infarto ganglionar, que se presentó en estos enfermos y en otros que he examinado. Galezowski, al ocuparse de esta afección, sólo nombra el infarto del ganglio pre-auricular; pero excuso afirmar que permanece éste indemne algunas veces, mientras que se infartan los ganglios parotídeos ó submaxilares como lo prueban estos tres casos tan típicos de herpes febril ocular. En ellos, cuando la erupción se limitó á la córnea, ó á ésta y al párpado, se infartó el ganglio parotídeo correspondiente; y en el caso de herpes á la vez ocular y labial, hubo infarto del ganglio submaxilar.

"Nada he podido averiguar sobre la causa de esta enfermedad, puesto que los tres individuos que aquí señalo se hallaban en condiciones muy distintas de edades, sexos, razas, profesiones, medios sociales y constitución orgánica, y fueron además atacados en diversas estaciones del año.

"En cuanto á su naturaleza, la considero un trastorno fun-

cional de las ramas terminales del 5º par, que aunque á veces no esté afectado más que en una pequeña región, como por ejemplo, la córnea ó el párpado, repercute sin embargo á distancia el choque nervioso, originando esas neuralgias extensas y rebeldes, que son el desconsuelo de los enfermos, como sucedió en la primera observación que he referido. La erupcion en sí sobre la córnea es superficial, no ataca más que la capa epitelial, que al desecarse las vesículas se desprende, dejando al descubierto las terminales nerviosas, y de ahí el dolor, la conjuntivitis, el lagrimeo y la fotofobia.

"Al cabo de una semana todos los fenómenos morbosos han desaparecido, aunque algunas veces puede la enfermedad prolongarse muchos días, pero terminando siempre por la curación, á pesar de usarse tratamientos variados, y sin que deje otro rastro que una nubécula; posteriormente llega á ser imperceptible.

"Los remedios empleados contra esta variedad de herpes han sido no sólo distintos, sino con frecuencia opuestos: así Wecker practica el raclage de las vesículas, recomienda localmente los mióticos y proscribela atropina, mientras que Galezowski se decide por los midriáticos y la oclusión del ojo enfermo; y por su parte Nagel y Panas conceden á la atropina aplicada en colirio y á las corrientes eléctricas continuas, una acción benéfica para acelerar la curación de esta enfermedad. Yo, cuando he usado colirios, ha sido para valerme de su acción calmante, sin ocuparme del efecto que produzcan sobre el iris, que considero sin influencia sobre la marcha de la afección, á menos de ser algún caso idéntico al 765 en que habia más fluxión de aquella membrana vascular. En cambio, dedico toda mi atención á instituir un tratamiento general apropiado, prescribiendo los derivativos sobre el tubo intestinal, los sudoríficos, la quinina, la atropina, y los medicamentos recomendados para combatir el estado diatésico de los enfermos siempre que exista. Pero en la mayor parte de los casos sin complicaciones, creo que con la expectacion ó las simples lociones emolientes presenciarnos de igual modo la curación. En una palabra, la terapéutica febril es sintomática."

(*Revista C. Méd.*—Febrero 20-1888.)

QUERATITIS INTERSTICIAL.

Esta enfermedad merece un exámen detenido. Desde luego se observa en todas las edades; en el cuadro adjunto están inscritos enfermos desde 4 años hasta 79, con tal diversidad que no puede decirse que sea más frecuente en un periodo de la vida que en otro. La padecen los dos sexos y todas las razas.

La queratitis intersticial es una inflamación difusa de la cornea, que puede ó no acompañarse de reacción de la conjuntiva, y á veces del iris, de lagrimeo y fotofobia. La opacidad es blanquecina, sus límites se pierden insensiblemente en el tejido sano, y su aspecto es semejante al del vidrio sin pulir. Al iniciarse podría confundirse con un leucoma, pero

Inscripción.	Sexo.	Raza.	Edad.	Profesión.	Ojo enfermo.	Complicaciones.	Causa.
63	V.	M.	9	.....	I.	Hipopion.....	.....
179	V.	B.	40	Labrador.....	D. I.	Iritis.....	.....
200	V.	B.	30	.....	D. I.	Iritis.—Otitis....	Sífilis ?
240	H.	M.	11	.....	D. I.	.....	Sífilis hered ^a
270	V.	Ch.	59	.....	D. I.	Glancoma.....	.....
373	H.	M.	21	.....	D. I.	Iritis.....	Sífilis hered ^t .
431	H.	B.	8	.....	D. I.	.....	Sífilis hered. ?
515	V.	B.	79	Labrador.....	I.	.....	Traumatismo.
552	V.	B.	27	Armero.....	I.	.....	Episcler reum.
672	V.	B.	27	Militar.....	I.	.....	Sífilis.
728	V.	B.	34	Comercio.....	I.	.....	Sífilis ?
854	V.	B.	35	.....	D. I.	Ulcera cornea D.	.....
866	V.	B.	60	.....	D. I.	.....	Lepra.
876	V.	M.	50	.....	D. I.	Ectropion iritis.	Lepra.
877	V.	Ch.	45	.....	D. I.	.....	Lepra.
882	H.	B.	41	.....	D.	.....	Lepra.
883	H.	B.	60	.....	D.	.....	Lepra.
884	H.	B.	60	.....	D. I.	.....	Lepra.
885	H.	B.	55	.....	I.	.....	Lepra.
886	H.	N.	60	.....	D.	.....	Lepra.
981	V.	B.	4	.....	D. I.	.....	Sífilis hered ^t . ^a

la reacción inflamatoria que determina y su marcha invasora revelan bien pronto la naturaleza de la lesión. La opacidad de la cornea principia á formarse bien sea en el centro ó

en la periferia de la membrana; bien pronto veremos el valor etiológico de cada una de estas formas.

La queratitis intersticial es una afección binocular, simétrica; pero no aparece simultáneamente en ambos ojos: se inicia en uno de ellos, aparece luego en un punto idéntico de su congénere, y evolucionan ambos en un período de tiempo siempre prolongado, llegando generalmente á invadir toda la extensión de la membrana. No es raro que al adquirir toda su intensidad se complique de irítis.

La causa de esta afección quedó claramente establecida en la mayor parte de los casos: las causas locales fueron los traumatismos y el glaucoma; y las causas generales, el reumatismo, la sífilis y la lepra.

Un anciano á quien operé de catarata por extracción superior padeció una irítis intensísima, por enclavamiento del iris en la incisión, que determinó la obstrucción pupilar. Dos meses después practiqué una iridotomía, con incisión del cuarto inferior de la cornea. Junto á la incisión se formó una opacidad de la cornea que desapareció lentamente, persistiendo dolores en toda la extensión del 5º par correspondiente, que se irradiaban hasta el occipucio. Durante el curso de esta neuralgia apareció una infiltración difusa de la cornea en su mitad superior hácia el punto donde meses antes había practicado la incisión para extraer la catarata. Esta opacidad es difusa con pequeñas placas diseminadas más opacas, de color blanquecino. La causa determinante de esta queratitis intersticial fué el trastorno que á la circulación de la cornea llevaron las dos incisiones practicadas, y á la que en parte contribuyeron la edad del sujeto y la anemia que sufría.

Al ocuparnos de las complicaciones que siguen á la extracción de la catarata veremos figurar con frecuencia una infiltración difusa de la cornea en la proximidad de la incisión producida por la falta de coaptación exacta de los lábios de la herida y por las contusiones que este sufre al atravesarlo

un cristalino voluminoso, y también por las compresiones demasiado repetidas que sobre la membrana ejercen los instrumentos durante la operación.

Bien conocida es la opacidad central difusa de que es asiento la cornea en el glaucoma por la compresión excesiva de los líquidos intraoculares, para que nos dispensemos de estudiarla en este capítulo.

En un enfermo, esta forma de queratitis, no fué más que la complicación de una escleritis en un individuo reumático, cuyas articulaciones de las extremidades habían sufrido en ataques sucesivos. En Marzo de 1887 tuvo un ancho foco de episcleritis en O. I. que se extendía hasta el borde externo de la cornea. Sobre este borde aparecieron una serie de ulceraciones pequeñísimas, y en la porción vecina de la cornea una faja de unos 0^m003 de ancho, de una infiltración difusa irregularmente repartida, sin que hubiese reacción inflamatoria mas que por parte de la esclerótica.

Pero la queratitis intersticial sífilítica merece toda nuestra atención por ser la causa habitual de esta enfermedad en el ejercicio diario de la profesión. En dos casos fué dudosa la diátesis sífilítica, se confirmó la sífilis adquirida en un enfermo, y cuatro presentaban estigmas de sífilis hereditaria; de modo que la tercera parte de los enfermos de este cuadro eran sífilíticos.

La inscripción 672 se refiere á un militar que á los seis meses de haber adquirido la sífilis vió aparecer en su O. I. una queratitis difusa, caracterizada por una ténue opacidad en las capas propias de la cornea que apenas dejaban entrever el iris, y que se extendía de un modo irregular por toda la membrana transparente y se acompañaba de viva reacción inflamatoria en el momento en que vino á consultarme á los tres meses de padecimiento. Gracias á un enérgico tratamiento por el ioduro de potasio y las uncciones mercuriales, la cornea recuperó su transparencia tan rápidamente que á los 15 días podía reconocerse el fondo del ojo.

La queratitis intersticial de la infancia es un estigma de la sífilis hereditaria, según lo ha demostrado Hutchinson. En varios casos de mi estadística queda plenamente demostrada esta verdad.

«Inscripc. 240.—Niña, de 11 años, de padre desconocido, de constitución raquítica, dorso de la nariz deprimido, dientes típicos de Hutchinson, fué atacado de una opacidad blanca, difusa, del centro de ambas corneas, pero tan extensa que solo dejaba transparente un estrecho anillo de esta membrana.

A la vez había mucha fotofobia y lagrimeo. A los diez meses de tratamiento seguido con irregularidad por su madre, quedaban dos leucomas centrales.»

«373. Mulata, de 21 años, constitución delicada, dientes de Hutchinson, fué atacada de queratitis intersticial en O. D. con manchas esparcidas en la membrana y complicada de iritis. A los cuatro meses apareció en O. I. una opacidad difusa, central, situada en el tejido propio de la cornea, sin vascularización periquerática, pero con todos los caracteres de la queratitis específica de Hutchinson.»

Pero el caso verdaderamente notable y típico de la queratitis heredo-sifilitica es la inscripción.

«981.—Niño blanco, de 4 años, de constitución delicada. La fontanela anterior no ha cerrado bien. Dientes de Hutchinson: los centrales superiores muy anchos, cortos, emnegrecidos, y de bordes concavos; los laterales algo dentados, pero no escavados, los inferiores dentados. Cuando lo ví, Julio 1888, sufría de queratitis intersticial de tres meses en O. I. y de dos en O. D. constituida por una opacidad blanca, turbia, en casi toda la extensión de ambas corneas; de estas la de O. I. está estafilomatosa y la opacidad tiene un tinte rojizo en su porción externa. Los trastornos funcionales son: disminución de la vista que le impide distinguir los objetos para examinar sin tropiezos, abundante lagrimeo, fotofobia tan intensa que lo condena á permanecer en la oscuridad.

Prescribo el jarabe de Gibert para tomar dos cucharadas diarias, y localmente colirio que en este caso era útil contra la fotofobia, compuesto de

Sulfato de atropina.....	0.02	gr.
Clorh. cocaína	0.50	»
Agua dest.....	15	»
Para instilar gotas dos veces al día.		

A fines de Agosto la cornea de O. I. había aclarado bastante, de modo que se veían el iris y la pupila. Mismo tratamiento, aceite de bacalao, y baños frios de esponja.

Diciembre 13.—Vuelve después de una ausencia prolongada. Cambio asombroso. Las corneas han recuperado su transparencia. Solo en la de O. I. queda una ligerísima opacidad central. El niño está grueso, de buen color, y con la alegría propia de sus años.»

El éxito brillante del tratamiento específico vino á confirmar las aserciones del sabio profesor inglés.

Debemos ahora ocuparnos de otra forma de esta afección: la *queratitis intersticial leprosa*. En el Hospital de San Lázaro de esta ciudad he recogido ocho observaciones, en individuos que padecían cualquiera de las tres variedades de lepra, bien fuese la anestésica, la mixta ó la tuberculosa.

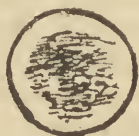
La queratitis empieza por el borde de la cornea bajo forma de un velo blanquecino que se extiende lenta y progresivamente por toda la membrana. Esta inflamación no se acompaña de reacción por parte de la conjuntiva ni determina otros trastornos funcionales que la pérdida gradual de la vista. La anestesia de las membranas externas del globo ocular explica esa marcha silenciosa de la enfermedad que en el trascurso de algunos meses sume en las tinieblas á los infelices leprosos sin que llegue á presentarse ningun cortejo inflamatorio.

La opacidad se inicia siempre en el borde de la cornea; pero no en todos los casos marcha de un modo idéntico; uno de mis enfermos (886) presentaba dos placas difusas esparcidas en el tejido sano; en otro la opacidad tenía la forma de un segmento que ocupaba el tercio de la cornea, y aunque en grado menor lo sufría de un modo simétrico el segundo ojo; y en fin otra disposición especial es la de un anillo de 0^m.002 á 0^m.004 de ancho que envuelve la pupila, en el sitio y á la manera de un arco senil. Al cabo de un tiempo variable, pero siempre muy prolongado la opacidad ocupa toda la extensión de la cornea como en la inscripción 882, y entonces la ceguera es completa.

Véase una observación:

«886. *Queratitis intersticial leprosa*. Anciano, blanco, que padece de lepra antigua de la forma sistematizada nerviosa. En ambas corneas se observa una opacidad difusa, de aspecto senejante al del vidrio sin pulir, de modo que el ojo aparece empañado por un velo blanquecino interpuesto en la sustancia misma de la cornea tanto en la capa epitelial como en las mas profundas, de manera que imposibilitan distinguir la porción de iris que recubren. El enturbiamiento de la cornea es simétrico en ambos ojos, más desenvuelto en O. D. donde ocupa un segmento que

representa $\frac{1}{2}$ de la superficie de la membrana, mientras que en O. I. es una pequeña mancha en la misma dirección supero-externa. Sus bordes se confunden con el tejido sano por una zona menos opaca. Esta inflamación crónica nunca ha determinado reacción inflamatoria ni otro trastorno funcional que la disminución de la vista en O. D. por obstrucción mecánica al paso de los rayos luminosos. Su marcha es lenta pero fatalmente invasora hasta cubrir el iris como una cortina, sin que el Dr. Arango, médico del asilo, la haya visto ceder bajo la influencia de ninguna medicación.



Queratitis terciaria
sífilítica



Queratitis intersticial
leprosa.

Aunque las queratitis intersticiales sífilítica y leprosa determinen una opacidad semejante de la córnea, ofrecen sin embargo numerosos caracteres que las diferencian. Desde luego la historia patológica: en el sífilítico, los signos propios de esta diatesis; y mas facilmente aun en el leproso que presentará múltiples manifestaciones en la piel, puesto que la queratitis es una manifestación tardía de su enfermedad. En cuanto á la queratitis en sí: la sífilítica se acompaña de lagrimeo abundante, inyección conjuntival, y fotofobia intensísima, al paso que la de origen leproso es indolente, silenciosa, sin reacción; la opacidad de la queratitis sífilítica se inicia por el centro de la córnea y se extiende en todos sentidos conservando siempre la forma circular, mientras que en la lepra la marcha es inversa, empieza por una opacidad difusa del borde, que lentamente invade el centro bien sea marchando en un sentido, ó como un anillo que se ensancha. En los casos que he conservado de la forma sífilítica, siempre se ha observado trasparente un anillo junto al borde de la córnea, pero en la leprosa llega esta á quedar uniformemente turbia. La mancha de la queratitis sífilítica es blanca en el centro

y sus límites son difusos, la queratitis leprosa es mas bien incolora, turbia, como un cristal sin brillo.

QUERATITIS PARENQUIMATOSA.

En un punto cualquiera de la cornea, generalmente en el centro, aparece una opacidad envolviendo un abceso de 0.^m001 á 0.^m004 de diámetro, otras veces son dos ó tres, y más raramente muchos abcesitos menores que una cabeza de alfiler, diseminados en una opacidad difusa. Una viva reacción inflamatoria por parte de la conjuntiva con lagrimeo, fotofobia, y disminución de la vista, y con frecuencia la inflamación del iris, acompañan á esta enfermedad.

Los abcesos, situados en el tejido propio de la cornea, se fragan una abertura, bien en la cara posterior, vaciando el pus en la cámara anterior constituyendo un hipopion, pero habitualmente en la superficie externa de la cornea, formando úl-

Inscripción.	Sexo.	Raza.	Edad.	Profesión.	Ojo enfermo.	Complicaciones.	Constitución.
75	V.	M.	8	.....	I.	.....	Escrofuloso.
112	V.	B.	6	.....	I.	.....	Escrofuloso.
192	V.	Ch.	38	.....	D. I.	Úlcera serpigüosa-hipopion	Escrofuloso.
202	V.	M.	27	.....	D. I.	Perfor. cornea I. con hernia iris.	Escrofuloso.
475	V.	B.	35	Labrador.	D. I.	Úlceras-hernia iris	Buena.
481	V.	B.	30	Labrador.	D. I.	Úlceras-hernia iris iritis.	Anémico.
572	V.	N.	32	Sirviente.	D.	Úlcera-Iritis.	Buena.
581	V.	B.	40	Tabaquero	I.	Iritis.	Sifilítico.
738	V.	M.	18	.....	D. I.	.....	Escrofuloso.
914	H.	B.	37	Su casa.	D. I.	.....	.....
921	V.	B.	3	.....	D. I.	.....	Escrofuloso.

ceras de extensión y profundidad variables, que en algunos casos se hacen infectantes y comprometen la función del órgano. Después de uno ó dos meses de evolución se obtiene la curación con persistencia de leucomas espesos, blancos, nacarados, en el sitio de las úlceras, y desaparición de la aureola de infiltración.

Como la enfermedad es propia de las constituciones debilitadas ó escrofulosas, de ordinario la padecen de los dos ojos á la

vez, aunque no siempre en el mismo grado de evolución. Los enfermos por mí observados eran niños ó adultos, de todas las razas, y en su casi totalidad varones, diferencia de sexos que considero puramente casual, atendido que la causa remota de la enfermedad es la constitución escrofulosa que es hasta más común en las mujeres que en los hombres. La profesión de los enfermos, señalada en pocos de estos casos, no pareció ejercer influencia en el desarrollo de la afección.

Es muy posible que un traumatismo determine esta forma de queratitis. El 481 vino á consultarme teniendo ya vastas úlceras con perforación, hernia del iris, é iritis; y el 572 había sufrido penetración de un cuerpo extraño con formación de cataratas, y queratitis.

Un individuo sifilítico con su organismo empobrecido por esta diátesis y por la anemia común de su oficio, presentaba diseminada en el centro de la cornea O. I. múltiples abcesitos con un cortejo inflamatorio intenso.

Y en fin, tal vez el paludismo influyó en el desarrollo de una querato-iritis de ambos ojos en un (481), labrador, que presentaba vastas ulceraciones, simétricas, profundas, redondeadas, de bordes en bisel y fondo súcio, situadas en la mitad superior de las corneas, con vasos de nueva formación y viva inyección de la conjuntiva. Al mismo tiempo el humor acuoso estaba turbio, las pupilas contraídas y sufría el enfermo dolores ciliares y gravativos en la frente.

El estado general, de este individuo de ordinario sano, estaba notablemente modificado; había adelgazado, tenía anorexia, malestar general y poca aptitud para el trabajo. Todos estos fenómenos se presentaron en el Otoño de 1886 que fué muy lluvioso.

Prescribí un purgante, quinina y tónicos al interior, atropina y lociones antisépticas localmente; y al cabo de un mes se obtuvo la curación con un leucoma definitivo en el sitio de cada úlcera.

CUERPOS EXTRAÑOS.

En la cornea se inscrustan diversas sustancias, bien sea accidentalmente ó por el uso imprudente de ciertos colirios. Estos cuerpos, de ordinario muy pequeños, fueron en su mayoría metálicos, (siete veces), en dos enfermos fueron partículas de carbón, en otros dos, granos de arenas, y una vez un pedacito de madera. Ambos ojos se hallan expuestos indistintamente á este accidente; así de estos 13 casos se observó en 7 sobre O. D. y en 6 sobre O. I.

Nada más común en los talleres de fundición que la implantación de partículas metálicas en la cornea, poco adheridas, que los mismos obreros se extraen con facilidad valiéndose de un palillo puntiagudo ó de la punta de una cuchilla.

Estas partículas de hierro, son de color moreno, redondeadas, y ocasionan inyección periquerática, frecuente pestañeo, epifora, dolor, fotofobia y disminución de la vista, pero pueden permanecer muchos días adheridas á la cornea sin que aumente la reacción inflamatoria. Una vez extraídos se vé que son laminillas de color rojizo, blandas, que se dejan dividir facilmente con la punta de la aguja; en una palabra, no se creerían de naturaleza metálica si no se presenciase diariamente este accidente. Despues de extraído queda una ulceración que cicatriza rápidamente dejando una nubecilla, á veces inapreciable.

Entre los cuerpos extraños metálicos, implantados en la cornea he observado incrustaciones plúmbicas en tres enfermos producidas por el uso inoportuno de colirios de acetato de plomo en el tratamiento de las oftalmias. La inscripción 167 se refiere á un mulato carretero que para combatir una oftalmia con ulceración central de la cornea izquierda usó un colirio de acetato plúmbico que cubrió la pérdida de sustancia de una placa blanca, brillante, perfectamente limitada. Vino á consultar, por que los fenómenos inflamatorios no cedían con ninguna medicación. Con una aguja apropiada des-

prendí dicho depósito que era quebradizo y adherente y daba á la percusión sonido metálico.

El número 387 era una mujer que presentaba sobre un vasto leucoma de la cornea derecha de un ojo en vías atróficas, incrustaciones plúmbicas causadas también por un colirio de agua blanca. Hice en dos sesiones la extracción de las placas de plomo que eran más ténues que en el caso anterior.

El 605 era una negra que sobre una úlcera central de la cornea izquierda tenía un depósito de plomo por haber empleado colirios de esta base para curarse. Dicho cuerpo extraño era ya tolerado sin más complicación que la disminución de la vista y lagrimeo, pero sujeta la cornea á alternativas de inflamación y de reposo. Este depósito plúmbico que á la simple inspección se reconocía ser un cuerpo extraño, era una lámina gruesa, blanco mate, que llenaba todo el hueco de la pérdida de sustancia y producía sensación metálica al contacto de la aguja.

Al hablar del hérpes ocular (*Revista de Ciencias Médicas, 1888*) describí un caso en el cual se reconoció la descamación epitelial de la cornea por incrustación plúmbica provocada por un colirio de extracto de Saturno que la enferma había usado el dia anterior.

Bien sabido es que el agua común en contacto del acetato de plomo líquido, precipita carbonatos y sulfatos plúmbicos que dan al líquido un color lechoso mientras están en suspensión, y por el reposo se depositan en el fondo del vaso bajo forma de polvo blanco.

Si en los casos de úlceras de la cornea se instilan en el ojo enfermo gotas del agua vegeto-mineral, se depositan en el fondo de la ulceración partículas de sulfato y carbonato de plomo que se sustraen al pestañeo y que no pueden barrer las lágrimas, llegando á formar por adiciones sucesivas una capa que recubre la pérdida de sustancia hasta el nivel de la superficie de la cornea. Estas placas blanco-agrisadas, y lisas.

que cuando son espesas reflejan vivamente la luz, provocan inflamaciones poco intensas pero rebeldes en ciertos casos con inyección conjuntival, lagrimeo y fotofobia, ante las cuales no da resultado otro tratamiento que la extracción del cuerpo extraño.

De este asunto se ocupó en 1879 nuestro distinguido colega el Dr. Santos Fernandez, para censurar, como ahora lo hacemos, el abuso con que el curanderismo ha prodigado el agua de Goulard en todas las enfermedades oculares inflamatorias.

Nosotros tenemos casi proscrita de nuestra práctica dicha sustancia tan fácil de sustituir con otros astringentes inofensivas, por no exponernos á agravar el estado de los enfermos en ciertos casos de úlceras de fondo limpio que son poco apreciables á un exámen ligero, ó en otros de descamación epitelial que también puede pasar desapercibida.

Algunas profesiones exponen á este accidente: los herreros y mecánicos en las fundiciones lo sufren con frecuencia; y también es común en los carboneros, picapedreros etc., y de un modo general en todas las personas que están expuestas al choque de sustancias pequeñas y duras.

ULCERAS.

Las úlceras de la cornea constituyen una lesión secundaria, consecutiva á una enfermedad local ó bien dependientes del estado general. Los traumatismos, oftalmías, queratitis parenquimatosas, originan con frecuencia úlceras de la cornea, así como el tríquiasis, que obra mecánicamente, y otras afecciones oculares. Pero he observado también úlceras de esta membrana por consecuencia de un estado general grave; la anemia profunda y la adinamia son los factores determinantes de la lesión ocular, como en los casos anotados de hepatitis aguda, del cáncer del cuello con infección general y de gangrena simétrica de las extremidades. En los enfermos de lepra y de bocio exoftálmico que sufren de igual manera úlceras de la cor-

nea se engendra esta lesión, no por la enfermedad general directamente, sino por el traumatismo repetido de los agentes exteriores, gracias á la anestesia de las membranas externas en el primer caso, y á la imposibilidad de pestañear en el segundo por la retracción del elevador del párpado. Aunque no poseo hechos confirmativos, no dudo que los estados febriles graves de larga duración se compliquen á veces de úlceras de la cornea.

Las úlceras se observan en todas las edades: de los 44 casos inscritos se presentaron 8 en la infancia, 22 en los adultos, y 14 en la vejez. Esta enfermedad es mas comun en los varones que en las hembras, y se observó en todas las razas, principalmente en los chinos, en los que á menudo estas úlceras se vuelven atónicas, dejan vastos leucomas ó terminan por atrofia de la cornea como veremos al hablar de esta enfermedad.

Las personas inscritas con úlceras de la cornea ejercían profesiones variadas; pero es indudable que ciertas ocupaciones predisponen á contraer la enfermedad, como sucede á los cocineros y labradores, quienes además del calor intenso que expone á oftalmias sufren con frecuencia de cuerrpos extraños que producen úlceras; los tabaqueros, víctimas de una caquexia especial, contraen úlceras que agravan la atmósfera irritante del polvo del tabaco; los carreteros, etc.

La mayor parte de los que padecen úlceras de la cornea son individuos linfáticos, anémicos, caquéticos, debilitados por la miseria ó por ciertas profesiones; pero no es raro observarlas en personas de buena salud habitual, sobre todo si reconocen por origen un traumatismo.

Hemos preferido indicar en la estadística el número de enfermos que padecían úlceras, pero no el número de estas. Mu-

TOTAL de enfermos.	OJO AFECTADO.			ULCERAS.		CARACTER.		PROFUNDIDAD.			SITUACION			
	D	I	DI	Una.	Varias.	Simple.	Infestante.	Superficial.	Profunda.	Perforada.	Central.	Superior.	Inferior.	Periferica.
44	17	17	10	39	15	35	9	24	18	6	21	2	7	10

chas personas las presentaban en uno solo ó en ambos ojos, y las úlceras fueron una ó varias sobre la misma cornea. La inscripción 5 se refiere á un mueblista que presentaba sobre la cornea derecha tres vastas úlceras infecciosas, limitadas por el borde esclerotical y que dejaban solo un estrecho espacio central de tejido sano.

Los dos ojos la padecen con igual frecuencia, y en una cuarta parte de los casos las sufrían ambos á la vez, y otros enfermos tenían una úlcera en un ojo y varias en su congénere.

Las úlceras que se observan con mayor frecuencia son superficiales, anchas, irregulares, de fondo limpio; en otros casos atacan profundamente al tejido propio de la cornea, con los bordes cortados á pico ó en bisel, y su fondo es mas ó menos súcio recubierto de una sustancia blanquecina ó bien de mucosidades si coexiste una oftalmia catarral. Cuando el tejido propio de la cornea ha sido destruido en todo su espesor, la membrana de Descemet forma hernia y se coloca al nivel de la superficie de la cornea, y como entonces queda limpia la úlcera puede pasar desapercibida su profundidad. Estas úlceras profundas terminan con frecuencia por la perforación de la membrana y formación de una sinéquia anterior ó persistencia de una hernia del iris.

Son raras las úlceras del segmento superior de la cornea, mas comunes en su mitad inferior, son sobretodo frecuentes en el centro y en el borde de la membrana. Esta elección de las partes descubiertas explica la gran influencia que en su producción tienen los traumatismos y los agentes exteriores, que obran constantemente sobre el globo; en el centro de la membrana por la menor resistencia vital y en la periferia por favorecer la acción exterior la depresión que forman al unirse los bordes de dos segmentos de esfera de radio desigual. Así como las úlceras del centro son mas ó menos redondeadas, en los bordes afectan á menudo la forma de un arco ó media luna. Estas úlceras alargadas, ordinariamente infecciosas, pro-

gresan si no detiene su marcha un tratamiento enérgico. Simples en su principio, desde que se hacen infecciosas se torna sucio el fondo por una sustancia blanquecina ó amarillenta, adquieren mayores dimensiones agrandándose casi siempre en una dirección que presenta el borde grueso y recubierto de la materia séptica. Tal era el caso de un hombre de 54 años (Inscripc. 756) que vi en el Hospital Mercedes con gangrena simétrica de las extremidades inferiores y estado general grave, que presentaba una úlcera infecciosa en el tercio de la cornea izquierda. Su límite inferior era el borde escleral, y el superior casi reeto, era la cuerda del arco que ocupaba la úlcera. Esta se hallaba recubierta de una materia purulenta, amarilla, mas aglomerada en el borde superior donde la ulceración es mas profunda y su borde tallado á pico, y por cuyo lado invadía progresivamente el centro de la cornea.

El tratamiento de las úlceras simples que empleo habitualmente se reduce á mantener limpio su fondo mediante lociones repetidas tres ó cuatro veces al día con una solución de ácido bórico al 4%, y por este solo medio entran rápidamente en vías de cicatrización. Si la úlcera es profunda, uso además la atropina cuando está situada en el centro, y la eserina si es periférica.

Contra las úlceras infecciosas ordeno las duchas locales de vapores medicamentosos repetidos diariamente por espacio de cinco á diez minutos. Generalmente me valgo de una solución de ácido fénico al $\frac{1}{200}$ $\frac{1}{100}$, ó asociado al ácido bórico al 3% ó bien de licor de Van Switen. Las compresas húmedas calientes también dan buenos resultados. La pomada de iodoformo y vaselina al $\frac{1}{10}$, de óxido amarillo de hidragirio al 1% son útiles, depositando una ó dos veces al día una pequeña porción en el globo ocular. Convienen los tónicos cuando lo requiera el estado del enfermo.

LEUCOMAS.

El leucoma es una opacidad permanente blanquecina y sin

inflamación de la cornea, debida á un trastorno de la circulación de esta membrana.

El exceso de la presión intraocular produce esa opacidad difusa de la cornea, que se observa en algunos casos de glaucoma. La contusión que determina la salida de la catarata en los bordes de la incisión, ó la mala coaptación de estos ó los traumatismos con instrumentos operatorios, es también causa de opacidades, generalmente poco extensas. Pero el leucoma típico, el que habitualmente observamos, no es más que el tejido cicatricial de una úlcera.

Cada una de estas causas determinan una forma de leuco-

TOTAL	OJO ENFERMO			SITUACION			FORMA		
	D.	I.	D. I.	Central	Periférico	Total	Nu- bécula	Len- eoma	Estafilo- ma
124	43	37	44	66	38	20	27	75	22

ma diferente. La opacidad debida al exceso de la presión intraocular es difusa, de un color blanquecino súcio, no intercepta por completo el paso de la luz, empieza siempre por el centro de la cornea, que es el punto de más difícil nutrición, se extiende más ó menos, y se pierde insensiblemente en el tejido sano. Como trastornos funcionales determina la disminución de la vista, la deformación de los objetos y el cromatismo de la lente corneal que los enfermos acusan bajo forma de iris más ó menos completos al rededor de un foco luminoso.

Las opacidades debidas á incisiones limpias de la cornea con instrumentos operatorios cuando no coaptan bien los bordes de la herida se manifiestan por una série de líneas paralelas perpendiculares á la incisión, que desde ésta se extienden al centro de la cornea. Estas opacidades disminuyen por el restablecimiento de la circulación y llegan á ser casi

inapreciables y limitadas al mismo borde de la incisión. Las contusiones de la membrana producidas por la cucharilla cuando se trata de extraer restos de opacidades, si son repetidas, determinan una mancha blanca limitada á los puntos contundidos.

Pero acabamos de decir que la forma más comun de leucoma es consecutiva á una solución de continuidad de la cornea: las úlceras. En efecto, la cicatrización de la pérdida de sustancia se hace mediante la organización de un tejido nuevo, opaco, ordinariamente bien limitado, de color blanco azulado, más deprimido que el nivel de la membrana, y cuya superficie más ó menos desigual, refleja la luz en diversos sentidos. Estas opacidades, cuyo espesor y extensión dependen de las dimensiones de la úlcera, interceptan por completo los rayos luminosos, y en sus bordes al confundirse con el tejido sano determinan aberraciones de refrangibilidad que deforman los objetos y disminuyen considerablemente la intensidad de la vista.

Tenemos, pues, tres causas distintas que originan tres formas diferentes, de leucomas, fáciles de diagnosticar á la simple inspección.

El leucoma es una de las lesiones oculares que se observa con mayor frecuencia. Lo producen enfermedades comunes de la cornea. Las pústulas ulceradas de la oftalmia pustulosa, tan frecuente en los niños, producen nubéculas redondas, de 0.^m001 á 0.^m002 de diámetro, muy superficiales, cuyo color blanquecino se desvanece hasta hacerce difícilmente apreciable, pero brotes sucesivos de esta oftalmia pueden causar tal número de estas pequeñas opacidades, que la vista se ve seriamente comprometida.

El *pannus* de la cornea bien sea producido por esta enfermedad ó por granulaciones específicas determinan también manchas superficiales más extensas que pueden invadir una gran porción ó la totalidad de la cornea.

Las úlceras de la cornea, cualquiera que sea la causa que las produzca, se curan constantemente por la formación de un leucoma, siempre blanco, espeso, como acabamos de indicarlo. Varias úlceras sobre la misma cornea llegan á dar al cicatrizarse un tinte esclerótico á casi toda la extensión de la membrana.

El pus de la oftalmia purulenta produce un reblandecimiento, *queratomalacia*, de color blanco opaco, que á veces comprende toda la extensión de la cornea, se perfora en el centro, y es causa de esos vastos leucomas totales adherentes con pérdida completa de la vista.

La cornea atrofiada, como veremos más adelante, toma un color general blanquecino.

Diversas enfermedades generales repercuten sobre el globo ocular produciendo leucomas como he tenido ocasión de observarlo en la viruela, el sarampión y la lepra.

Las manchas de la cornea trastornan la regular disposición de las capas propias ó simplemente del epitelio de la membrana, y producen un astigmatismo irregular que disminuye la vista de un modo notable, si las opacidades interesan el campo pupilar.

No he tenido la curiosidad de anotar la intensidad de V. en todos los casos de leucomas que he observado, porque realmente es de poca utilidad práctica dada la imposibilidad de destruir las opacidades. Pero en mis observaciones he visto que pueden leer los diferentes números de la escala de Snellen, dando de $V = \frac{2}{3}$ $V = \frac{1}{10}$, casos de contar los dedos solo á 0^m.50, otros de simple percepción luminosa, y dos veces he visto la pérdida total de la vista.

Los leucomas se producen en todas las edades de la vida; pero son indudablemente más frecuentes en la infancia. Aunque en el libro de inscripciones figuran mayor número de adultos con leucomas, hay que observar que estas lesiones aparecieron en la infancia.

Entre los casos de leucomas observados por mí hay uno notable por la época en que se produjo, cuya historia clínica relataré en breves palabras.

855.—En Febrero de 1888 ví en la Real Casa de Beneficencia una niña de 7 años, de constitución delicada, que presentaba en ambas corneas leucomas centrales, de color blanco brillante, que reflejaban la luz en diferentes direcciones porque sus superficies estaban formadas por facetas numerosas. Estos leucomas se acompañaban de adherencia del iris; y sus ojos sufrían además de nistagmus, debido al obstáculo que á la vista oponían los leucomas.

Este caso es notable por asegurarme las Hermanas de la Caridad del Asilo que cuando depositaron esta niña en el torno, ya tenía esas manchas blancas en los ojos, sin tumefacción ni supuración, y que abría perfectamente los párpados. De modo que sufrió una queratitis intrauterina con absceso central y perforación de ámbas corneas. La causa de esta queratitis fué probablemente la sífilis heredada.

He observado los leucomas con mayor frecuencia en los varones que en las hembras, lo que se explica por hallarse aquellos más expuestos á padecer úlceras de la cornea que es la causa habitual de las opacidades de esta membrana. Se observaron con frecuencia casi igual en todas las razas. Sin embargo, es de creer que sean mas frecuentes en los Chinos que los sufrieron en notable proporción á pesar de no existir en el país niños de esta raza.

El número total de leucomas en esta estadística indica la mucha frecuencia de esta enfermedad. De los 118 casos anotados en una tercera parte residía la lesión en la cornea derecha, y en otra tercera en la izquierda presentándose el resto en ámbas á la vez.

Las opacidades son de tamaño variable; menores que una cabeza de alfiler ó tan grandes como toda la extensión de la membrana. Su número también varía: sobre la misma cor-

nea se asientan una ó varias que pueden estar agrupadas ó diseminadas.

Respecto á su situación, la mayor parte eran centrales y por consiguiente dificultaban más la vista. En la séptima parte de los casos los leucomas fueron totales, es decir, que comprendían toda la extensión de la cornea.

Las manchas superficiales de la cornea que son poco aparentes, conocidas por *nubeculas* son menos frecuentes que los leucomas verdaderos, formados para recubrir las pérdidas de sustancia del tejido propio de la cornea.

El *leucoma* es *estafilomatoso* cuando por falta de resistencia de la cornea la presión intraocular la distiende, deformándola y haciéndola tomar una forma más ó menos cónica, bien en toda su extensión, ó lo que es más frecuente, solamente en el punto debilitado. He observado 22 de estos casos de estafiloma, unas veces total, pero de ordinario parcial.

La ectopia de la cornea fué á veces muy poco apreciable, pero en un caso formaba un cono de 0^m005 de altura, y en otro caso ambas corneas completamente blancas eran difícilmente recubiertas por los párpados.

QUERATOCONO.

Este defecto congénito de la forma de la cornea, llamado también estafiloma pelucido para diferenciarlo del opaco que acabamos de examinar, solo se presentó en un enfermo coincidiendo con cataratas igualmente congénitas. La cornea conservaba su transparencia normal, pero con una distensión cónica, cuyo vértice era el centro de la membrana, y tenía por base el anillo escleral.

ATROFIA.

La atrofia de la cornea es una enfermedad que aun no ha sido descrita. Esta afección, de suyo externa, no requiere medios especiales para reconocerse; se diagnostica á la simple inspección.

Es bastante frecuente. Entre 1000 enfermos de los ojos, la padecieron 19; se observa por consiguiente casi en el 2% de los casos.

La atrofia de la cornea es una enfermedad secundaria que puede presentarse sobre un solo ojo ó sobre ambos á la vez: en la estadística que aquí presento se asentaba 9 veces en O. D., y 11 en O. I. En tres de los casos la enfermedad fué binocular.

En esta enfermedad la parte posterior ó esclerotical del globo ocular conserva su volumen normal. Esta circunstancia y las lesiones corneales que vamos á describir caracterizan la atrofia. La cornea se presenta deprimida, afectando la forma de un plano vertical, pierde su brillo y transparencia; en muchos casos está opalina ó es asiento de leucomas más ó menos extensas, y en muchos otros presenta pliegues finos verticales y paralelos que dan un aspecto especial á la membrana. Con frecuencia en los casos de existir leucomas se ven vasos adventicios serpentear por la superficie de la cornea.

A veces esta membrana conserva una transparencia dudosa, otras veces está muy adelgazada, pero ordinariamente la cámara anterior ha desaparecido por completo, ó el enturbamiento de la membrana impide darnos cuenta del estado de dicha cavidad.

Esta afección es independiente, ó se complica de xerosis ó atrofia de la conjuntiva.

Otro síntoma de gran importancia es la disminución de los diámetros de la cornea, que llegan á quedar reducidos á 0^m.008 y hasta á 0^m.005, y esto se explica por el aplanamiento de la membrana y la opacificación de la zona periférica que toma una coloración blanca análoga á la de la esclerótica con la que llega á confundirse.

En una palabra, la *atrofia de la cornea* puede definirse clínicamente por los síntomas siguientes: *aplanamiento de la cor-*

nea con pérdida de su transparencia y disminución de sus diámetros con integridad del segmento posterior del globo. A estos puede agregarse como síntoma de importancia la formación de arrugas ó pliegues verticales sobre dicha membrana.

La tensión intraocular en esta enfermedad puede ser mayor, igual ó menor que la normal, segun cual haya sido la afección causal.

En todos los casos el funcionamiento del órgano se halla gravemente comprometido. Si la córnea ha conservado alguna transparencia, puede existir la percepción luminosa, como sucede en la mitad de los casos; pero de lo contrario la ceguedad es completa y el órgano no responde á las escitaciones de la luz.

Esta afección se observó con mayor frecuencia en la edad adulta, en el periodo comprendido entre los 20 y los 50 años; pero en la mayor parte de los casos data de la infancia, incluyéndose entre éstos uno á los 5 años, y hasta puede verse en la primera infancia consecutiva á una oftalmia de los recién nacidos.

La padecen casi exclusivamente los varones, que indudablemente están más expuestos á padecer las causas de esta enfermedad, pero no sería extraño que otra estadística acusase mayor proporción para las mujeres.

La pueden padecer todas las razas, pero en el cuadro que he trazado es proporcionalmente más común en los chinos. En cambio, ninguno de estos enfermos pertenecía á la raza negra; hecho casual, pues ninguna razon existe que le de inmunidad contra este pacemento.

El género de ocupación no ejerce la menor influencia en el desarrollo de la atrofia, así es que entre estos enfermos había campesinos, músicos, carpinteros, lavanderas, etc.

Múltiples causas pueden traer por resultado la atrofia de la cornea. Ordinariamente son oftalmias antiguas que los enfermos describen con más ó menos vaguedad, pero en cuatro

casos fué positivamente debida á la oftalmia purulenta; en dos casos consecutiva á pústulas de viruela desarrolladas sobre la cornea; en otros dos obedeci6 á traumatismos operatorios; en uno, á un traumatismo accidental, y en otro en fin, á la acci6n mecánica de las pestañas sobre la cornea en un enfermo que padeci6 de entropi6n por granulaciones específicas.

La atropia de la cornea no es pues mas que el resultado de una lesi6n grave de dicha membrana que ha comprometido seriamente su nutrici6n, durante mucho tiempo hasta el punto de hacerle perder su forma y transparencia dejándola reducido á una capa delgada mas ó menos resistente.

La atrofia es siempre secundaria, consecutiva á otros padecimientos como acabamos de ver. La frecuencia con que se acompaña de hernia del iris demuestra la preexistencia de ulceraciones profundas de la cornea; los exudados pupilares y atrofia del iris son la prueba de una linfangitis anterior, etc.

Ordinariamente el iris atrofiado ha contraido adherencias en toda su extensi6n con la cara posterior de la cornea.

Hasta hoy no se conoce tratamiento ventajoso contra esta afecci6n.

Para mayor ilustraci6n de este estudio transcribimos á continuaci6n la historia clínica de los enfermos que sirvieron para formarlos.

Nº 171. Anciana blanca, de 60 años, me consult6 en Sagua el 22 de Julio de 1884, por la afecci6n siguiente:

Ectropi6n de ámbos párpados inferiores.

O. I. *Atrofia del segmento anterior del globo, que está aplanado. La porci6n posterior conserva su volúmen normal.* V=O.

O. D. Vasto leucoma vascularizado. V=percepci6n luminosa.

Esta afecci6n, que data de muchos años, fué causada por una oftalmia grave, cuya naturaleza no he podido precisar.

En 1888 continuaba en el mismo estado. El tratamiento usado consistió en lociones astringentes, y por dos veces la infusi6n de peonia (*abrus precatorius*) sin ningún resultado.

Nº 195. Chino, de 48 años, visto en el Hospital Civil de la Habana en Diciembre de 1884.—Presentaba una *atrofia del segmento anterior de ambos ojos*.

Nº 250. Un mulato, (músico) de 44 años, visto en Sagua en Febrero de 1886.

O. I. *Atrofia de la cornea*, por una *ceguera* que atribuye al frío padecida á los nueve años. Dice que luego tuvo una hidropesía del ojo, que diversos oculistas operaron por tres veces.

El muñón que queda está bien formado conteniendo íntegra toda la cámara posterior del globo. En la cara anterior, que está aplanada, serpean algunos vasos y tiene un color blanquecino que se confunde con el de la esclerótica. Sobre esta cara se percibe la cicatriz regular de una operación que le practicó Carron du Villards en 1850 en la Habana. V=O.

O. D. Normal.

Nº 255. Chino Aniceto, de 40 años, examinado en Febrero de 1886.

Atrofia de ambas corneas.

O. I. La cornea, aplanada, está transformada en una capa blanquecina, con arrugas pequeñas paralelas y verticales, y con ligera vascularización superficial. Hay, sin embargo, transparencia suficiente para ver el color oscuro del iris, inmediatamente por delante del cual pasa la cornea de modo que no hay cámara anterior. No se ve la pupila.

La conjuntiva del bulbo está empañada y seca, xerosis; y sobre la del párpado superior se ven unos puntos amarillentos y blanquecinos, diseminados y sin formar relieve.

Las pestañas del parp. sup. se dirigen rectas hacia abajo, formando en la abertura natural de los mismos como un enrejado por delante de los ojos.

Distingue el bulto de la mano cuando está cerca del globo y le proyecta sombra.

O. D. Presenta un aspecto idéntico al de su congénere pero además una mancha central blanca que fué el sitio de una perforación, á la cual viene á terminarse una banda vascular desde el ángulo interno formando una especie de pterigión.—La cornea, asiento de una opacidad difusa, aparece como un plano vertical situado inmediatamente por delante del iris, que se distingue confusamente T.=N. Percibe el paso de la mano á 0.^m 30 en dirección opuesta á la luz.

El segmento posterior de ambos ojos, es decir, toda la porción cubierta por la esclerótica conserva sus dimensiones normales. La conjuntiva es poco laxa hacia el ángulo interno.

La causa de este estado fué una conjuntivitis blenorragica, que trató con remedios caseros.

Nº 259. Chino, de unos 40 años, que examiné en Sagua en Marzo de 1886, venia padeciendo desde hacia siete meses una oftalmia doble con supuración y ahora con complicaciones corneas.

O. D. Úlcera periférica de la cornea que recibe varios vasos sanguíneos.

O. I. *Atrofia de la cornea* que presenta un leucoma vascularizado.

Nº 283. Fordiosero, 28 años, en Marzo de 1886. O. D. Vasto leucoma ocupando toda la cornea, que está atrofiada, y ha perdido su convexidad normal pre-

sentándose todo el ojo casi como una esfera sin la separación marcada que se nota en el borde escleral en el estado sano. Percepción luminosa del día.

O. I. Principio de atrofia del globo, por lesiones múltiples, que para este trabajo sería inútil describir.

Nº 289. Campesino de 26 años, me consultó en Sagua en Abril de 1886 por

O. I. Principio de atropia del globo, que está más marcada en la cornea. Esta está adelgazada, es asiento de opacidades, y en su tercio inferior se vé una hernia del iris, que está pegado contra la cornea, y está también atrofiado, viéndose bien la estructura radiada de sus fibras musculares. La pupila que se distingue confusamente, está cubierta de exudados. T < n. Distingue bultos.

Padece de dolores ciliares.

O. D. Glaucomatoso, con grandes abultamientos de esclero coroiditis anterior opacidades translucidas de la cornea, T > n. V= percep. luminosa.

Nº 302 Campesino de 73 años, examinado en Santa Clara en Abril de 1886.

O. I. Atrofia de la cornea, ó séase del segmento anterior del globo. La cornea presenta pliegues verticales paralelos.

O. D. Atrofia del bulbo por traumatismo operatorio.

Nº 350. Joven de 25 años, examinado en Mayo de 1886 en Cienfuegos.

O. I. Atrofia de la cornea y conjuntiva bulbar que se presenta formando pliegues verticales y sin brillo. Hacia el borde inferior de la cornea hubo ulceración que hoy es un tejido cicatricial grueso, lardáceo, en cuyo centro mas adelgazado se presenta el iris arrastrando la pupila. Fotofobia intensa. V= percepe. luminosa.

O. D. Esclero-coroiditis anterior con opacidades de la cornea. Cuenta dedos á 1.^{ra} 50.

Quedó ciego de una grave epidemia de *ceguera*, oftalmia grave, que hace cinco años dejó á muchas personas ciegas en Caonao.

Nº 406. Carpintero de ribera, de 55 años, visto en Cienfuegos, en Junio de 1886.

O. I. Atrofia de la cornea que es asiento de un vasto leucoma. La cornea está aplanada y el globo por consiguiente deformado por la reducci6n de su diámetro antero-posterior.—Hay percepe. luminosa, Fotofobia. Ha sufrido en este ojo traumatismo operatorio.

O. D. Atrofia del bulbo, por herida grave en la región anterior.

En ámbos, granulaciones palpebrales complicadas de entropion.

Nº 457. Enfermo, de 28 años, de buena constitución, visto en Sagua en Octubre de 1886.

O. D. Atrofia del segmento anterior del globo.

O. I. Leucoma periférico.

Estas afecciones son consecuencia de una oftalmia que tuvo en la niñez.

Nº 488. Un joven de 22 años, visto en Sagua en Noviembre de 1886.

O. D. Atrofia de la cornea. El ojo es indolente; no percibe la luz.

Digo que es atrofia de la cornea, por que el segmento esclerotical aparece con sus dimensiones y forma normales, mientras que la cornea está aplanada, en contacto inmediato con el iris.

Nº 498. Hombre de 50 años, visto en Sagua en Noviembre de 1886.

O. D. Atrofia de la cornea. Esta membrana está opaca, aplanada y presenta numerosos pliegues verticales y paralelos. V=O.

O. I. Vasto leucoma central.

Su padecimiento sobrevino á causa de la explosión de una caldera en un ingenio, donde estaba colocado.

Nº 543. Un sirviente de 32 años, visto en la Habana en Febrero de 1887.

O. D. Atrofia de la cornea, con perforación central. Esta membrana tiene color blanquecino, y forma ligeros pliegues hácia la perforación. No existe cámara anterior T < n. Distingue los bultos. El globo es algo menor que el del lado sano.

Nº 601. Un chino de 43 años, dulcero, visto en la Habana en Abril de 1887.

Atrofia de ámbas corneas, y hasta de la porción ciliar de la esclerótica más pronunciada, en O. D. donde hay señales de perforaciones.

La conjuntiva invade una parte de la cornea. Esta presenta pliegues. V=percepc. luminosa.

Es consecuencia de oftalmia blenorragica.

Nº 623. Niño de 5 años, visto en la Habana en Mayo de 1887.

O. I. Atrofia de la cornea, con leucoma total, perforación y hernia del iris en lado ext.

Consecuencia de oftalmia purulenta que tuvo á los tres días de nacido.

Nº 688. Joven de 19 años, visto en la Habana en Julio de 1887.

Atrofia de ámbas corneas.

O. D. La cornea está aplanada y tan reducida, que apenas tiene 0.^{ms} 005 diámetro. Conserva alguna transparencia que permite vislumbrar el iris. V=O.

El resto del globo conserva sus dimensiones normales.

O. I. La cornea es blanquecina, no se ve la pupila. T / n. V=percepc. luminosa.

Nº 790. Mulata de 43 años, lavandera, vista en Cárdenas en Enero de 1888.

O. D. Atrofia cornea.

O. I. Glaucoma simple crónico.

Nº 869. Hombre de 45 años, leproso, visto en la Habana en Febrero de 1887.

O. I. Atrofia de la cornea, por causa de la viruela que sufrió siendo niño.

El globo ha disminuido algo de volúmen. La cornea ha sufrido una reducción notable, teniendo ahora unos 0.^m 008 diámetro: aparece de color oscuro sobre el iris, con el que está en contacto, y se distinguen sobre ella, líneas verticales paralelas poco marcadas.

NECROSIS.

La necrosis de la cornea se observa en afecciones generales graves, complicadas de úlceras de la cornea, y también se presenta en la oftalmia blenorragica, y otras veces es consecutiva á traumatismos operatorios. La membrana toma un color blanquecino, y se reblañece hasta ceder en el punto más débil, originando vastas perforaciones, que traen consigo la pérdida irremediable del órgano visual.

FOTOFOBIA.

En un anciano, que á la verdad no pude examinar detenidamente por ser uno de esos enfermos que se ven accidentalmente, me limité á inscribir este síntoma por no haber descubierto su causa en la conjuntiva ni en la cornea, que eran normales.





AFECCIONES DE LA ESCLEROTICA.

La esclerótica es una membrana resistente, constituida por tejido conjuntivo condensado, de vascularización escasa, y recubierta por la conjuntiva en su porción visible. Estas circunstancias hacen que sean sumamente raras las enfermedades de esta cubierta ocular, de tal manera que su proporción de frecuencia no alcanza el 0.50% de todas las afecciones de los ojos. Contribuye más á esta pobreza el haberse trasladado la esclero coroiditis al grupo de afecciones del *tractus uveal*.

ESCLERITIS.

Dos de los cuatro enfermos inscritos padecían la diatesis reumática, pero ninguno presentaba manifestaciones agudas de reumatismo á la vez que la escleritis. Uno de los enfermos era reumático y leproso. La escleritis se presentó bajo forma de un botón rojizo más ó menos extenso, situado en el borde

SEXO	RAZA	EDAD	PROFESION	OJO ENFERMO	SITIO DE LA ESCLEROTICA	DURACION	DIATESIS
H.	B.	19	Su casa.....	I.	Lado externo	6 meses. ...	Reumatismo.
V.	CH.	24	.....	D. I.	.....	.....	.....
H.	B.	50	Su casa.....	D.	Lado externo	.....	Reumatismo.
V.	B.	27	Armero	I.	Lado externo	.....	Leprosia.....

externo del limbo esclerotal.

«El caso mas interesante fué la inscripción 552 referente á un individuo blanco, de 27 años, armero, que había padecido anteriormente de reumatismo articular agudo en las extremidades, y se hallaba ademas atacado de elefantiasis de los grie-

gos. Sobre la esclerótica y limitado por el borde infero-externo de la cornea tenía un foco de episcleritis, de unos 0^m005 diámetro, de color rojo vinoso, que no se modificaba á la presión, pero era doloroso al contacto, aunque un dolor soportable. La conjuntiva que lo recubría estaba edematosa é inyectada.

Esta escleritis se acompañaba de una infiltración especial de la cornea. Por la porción vecina del borde de esta membrana se extendía una serie de ulceraciones puntiformes afectando la disposición de una cadena. En frente de dicha ulceración lineal existía una faja de 0^m003 de anchura de infiltración difusa de la cornea semejante á una cicatriz pero de coloración apenas blanquecina.

No sentía dolor ni fotofobia ni lagrimeo.

Ordené un purgante, el salicilato de sosa y un colirio de atropina.»

Hoy, por los casos que posteriormente he examinado de afecciones oculares leprosas, me inclino á creer que esta diatesis era la causa de su escleritis, y no el reumatismo, pues la forma de queratitis intersticial que padecía es idéntica á la que después he estudiado con frecuencia en el Hospital de San Lázaro.

Siempre he combatido la esclerítis con el salicilato de sosa, lociones emolientes, purgantes, y tónicos; y cualquiera influencia que haya tenido el tratamiento la enfermedad ha terminado por resolución en los casos que he podido seguir durante algún tiempo.





AFECCIONES DEL TRACTUS UVEAL.

Las enfermedades de iris y de la coroides se observaron con bastante frecuencia, particularmente las localizadas en la porción anterior de esta membrana vascular. Las iritis y las sinequias posteriores dieron lugar á gran número de inscripciones.

Entre las enfermedades del tractus uveal, hemos comprendido afecciones que no se limitan exclusivamente á esta membrana, tales como las corio-retinitis. Igualmente estudiamos en este capítulo las enfermedades del humor vitreo, que tal vez no son más que complicaciones coroideas, ó por lo menos dependientes de trastornos circulatorios. Hemos creído conveniente, en fin, incluir en este grupo, el glaucoma, la más común de todas las enfermedades que ahora nos proponemos estudiar.

IRITIS.

La división en tres formas: plástica, serosa y parenquimatosa, ofrece en clínica el inconveniente de no presentar síntomas diferenciales precisos, y establecer confusiones, puesto que una iritis diagnosticada de forma plástica puede más adelante complicarse de hipopión, y pertenecer entonces á la variedad parenquimatosa. La etiología no es un guía más seguro; así la iritis sífilítica, por ejemplo, que ordinariamente se presenta poco aguda, con exudado y sinequias, puede en otras ocasiones consistir en una infiltración celular del parenquima de esa membrana, con abundante producción de pus.

Por estas razones, nos decidimos á estudiar en un solo grupo todas las formas de iritis.

Esta enfermedad se caracteriza esencialmente por la inflamación del iris con producción de un exudado que establece adherencias anormales entre dicha membrana y la cristaloides.

Empieza por una hiperemia subconjuntival, de color rojo vinoso, dispuesta como fragmentos de radios alrededor de la cornea. El iris está tumefacto, rugoso, sin brillo, adquiere un color más oscuro ó rojizo, la pupila es perezosa ó no reacciona á la luz, su escitante natural. Este cuadro inflamatorio se complica de dolores supraoculares y de cierto grado de fotofobia. Su duración es de una á seis semanas.

La iritis es una enfermedad de la edad adulta; en esta estadística el más joven de los pacientes tenía 17 años, y 58 el más viejo. La padecen con mayor frecuencia los varones, puesto que de 29 enfermos solo 5 eran hembras; sin embargo, los médicos de hospitales de mujeres podrán hallar una proporción igual para estas, atendido que la causa principal de la enfermedad es la diatesis sifilítica.

La iritis en nuestro cuadro ha sido más frecuente en la raza blanca.

Es una afección monocular ordinariamente, ó bien la padecen ambos ojos en período de tiempo diferentes; así es frecuente observar la iritis de un lado mientras que en el otro

TOTAL	OJO ENFERMO			VARIEDAD			CAUSAS			
	D.	I.	D. I.	Plástica	Serosa	PARENQUI- MATOSA	Sifilis	Reuma- tismo	Trauma	Paludis- mo?
29	12	15	2	27	1	1	9	2	3	5

ojo se ven sinequias posteriores ó partículas del pigmento uveal adheridas á la cristaloides, signo evidente de una iritis antigua. La inflamación del iris se observa en proporción sensiblemente igual sobre ambos ojos.

La casi totalidad de las iritis que estudiamos aquí, fueron plásticas, es decir, que consistían en una inflamación limitada al iris, con producción de un exudado plástico que determinaba las adherencias á la cristaloides. Con frecuencia esta variedad de iritis no se acompaña de gran cortejo inflamatorio, y hasta puede confundirse con otras enfermedades, (conjuntivis), si no se fija la atención en los dolores periorbitarios, en el estado de la pupila y en la hipercoloración del iris, hasta que aparecen las sinequias que evidencian el asiento de la enfermedad.

En uno de los casos inscritos la inflamación con exudado plástico al principio tomó luego los caracteres de la variedad parenquimatosa.

En dos enfermos anémicos que sufrían de úlceras de la cornea, era evidente una iritis intensa, sin que pudiera afirmarse cual había sido la afección primitiva, aunque me inclino á conceder la primacía á la inflamación querática, complicada de hipopión abundante, que hizo necesaria la intervención quirúrgica. En uno de ellos la mitad inferior de la cornea se infiltró de pus, de tal modo que se creyó al principio en la necrosis de la membrana.

Las complicaciones corneas son frecuentes en las iritis por las relaciones íntimas que ofrecen ambas membranas en sus principales vías circulatorias: así es que muchos autores han descrito una *querato-iritis*. De estos enfermos, uno ofrecía una queratitis parenquimatosa franca, en tres se percibía un enturbiamiento de esta membrana, y en otros úlceras mas ó menos extensas.

De estos enfermos el 638, adulto y sifilítico, presentaba un *Condiloma* del iris de O. I. situado en la region supero-externa. Era un tumorcito liso, de color rojizo amarillento, indolente, implantado en la cara anterior del iris. Tenía forma piramidal; su base se ocultaba en la gran circunferencia del

iris, mientras que el vértice tocaba en la pupila, que tenía aplanado su borde en esta dirección.

Diversas causas pueden originar iritis. Las mas frecuentes son diatesicas; y de estas, la sífiles. En efecto, la iritis es constante en esta infección, y ha llamado la atención de los observadores hasta el punto de indicarla como signo del periodo transitorio entre los secundario y terciario.

Una tercera parte de los enfermos que nos ocupan eran positivamente sifilíticos, y presentaban iritis plásticas, poco intensas, pero de larga duración, complicadas algunas de coroiditis anterior que se reconocían por los finísimos copos que flotaban en el humor vítreo.

En la observ. 893 la iritis apareció á los pocos días de verse el cuerpo cubierto por una erupción maculo-papulosa generalizada.

De modo que en este caso fué prematura la manifestación ocular, y á la vez intensa por la abundancia de sinequias, y rebelde por haber persistido durante tres meses, apesar de un tratamiento específico llevado con energía.

Dos enfermos de este cuadro eran reumáticos, y se combatió su iritis además del tratamiento local, con el propio de la diatesis.

En tres casos la iritis dependía de un traumatismo, y en todos ellos la inflamación tuvo poca intensidad.

En fin, cinco enfermos de iritis eran campesinos, no diatélicos, que vivian en regiones palúdicas, lo que me hizo pensar que fuera este veneno la causa de su afección ocular, con mayor presunción porque de ellos, en dos, la iritis se complicaba de neuralgia facial generalizada á toda la oftálmica, ó á las dos primeras ramas del trigemino. La inscripción 668 se refiere á una negra de 35 años, que empezó padeciendo una neuralgia facial del lado derecho, con exacerbaciones cada 4º dia, y complicada de iritis del mismo lado con lagrimeo, inyección conjuntival periqueratica, pupila inmóvil, contraída, T > n, y simple percepción de bultos.

Pero ni en este, ni en ninguno de los casos sospechados de paludismo, el tratamiento quínico ha sido bastante decisivo para confirmarnos en esta opinión, así es que ponemos una interrogación hasta adquirir observaciones mas completas.

Otras iritis aparecen sin que se conozca su causa. (1) Pero en este capítulo no incluimos, las iritis consecutivas á las operaciones intraoculares, que serán objeto de atención preferente al ocuparme de la extracción de la catarata por ser esta la complicación mas frecuente de aquella operación.

El tratamiento local de las iritis requiere las instilaciones cada tres ó cuatro horas de un colirio de

Sulfato neutro de atropina.....cinco centígramos

Agua dest..... diez gramos

hasta obtener la dilatación pupilar. que debe sostenerse con instilaciones menos frecuentes de este colirio; las lociones emolientes, y las unturas mercuriales en frente y sienas pueden prestar servicios.

Como tratamiento general los derivativos intestinales, y el de la causa si es diatésica, que debe llevarse con energía hasta la cesación completa de la inflamación del iris, porque no debe olvidarse que una vez formadas abundantes sinequias pueden surgir graves complicaciones, y tambien por el temor de que la inflamación invadida la coroides, como no es raro observarlo en las de origen sifilítico.

HERNIA.

Los dos casos de hernia del iris que figuran en el cuadro, se presentaron en la consulta por dicha lesión, dependiente en uno de un traumatismo operatorio, y en el otro consecutivo á una perforación espontánea por úlcera de la córnea.

He visto además producirse las hernias en el curso de otras afecciones en tratamiento. Las consecutivas á operacio-

(1) Posteriormente he observado muchos casos de iritis leprosa, en el Hospital de San Lázaro, de esta ciudad.

nes que he practicado serán expuestas en la segunda parte de este trabajo.

Para combatir las hernias empleo siempre que sea posible la excisión de la porción herniada, y la reduccion de los extremos del iris aprisionados entre los labios de la herida, y después instilaciones cada hora del colirio

Sulfato neutro de eserina.....diez eentigramos

Agua dest.....diez gramos

Si no se logra la excisión, me limito al uso de este colirio y del vendaje.

SINEQUIAS ANTERIORES.

La adherencia del iris á la cornea es una lesión consecutiva á la perforación de esta membrana, que reconoce por causa sus enfermedades ulcerosas en la mayoría de los casos, y dependiente otras veces de incisiones de la cornea.

Si el iris se pone en contacto de la abertura anormal y forma parte de la cicatriz, habrá *enclavamiento* del iris, pero si esta membrana se presenta herniada á través de la perforación, la cicatriz se realizará entre el iris y la cornea sin que puedan unirse los bordes de la herida corneal.

Las sinequias anteriores están situadas hacia el centro ó hacia el borde de la cornea, é interesan en la cicatriz el borde pupilar ó la parte media de la membrana. En todos los casos persiste una deformación de la pupila. Generalmente en el punto de la sinequia existe un leucoma de extensión variable. La vista por consiguiente está abolida ó disminuida. En algunas personas la enfermedad de que es complicación la sinequia da por resultado $V=O$; en otros solo se conserva la percepción luminosa ó de los bultos de cierto tamaño; pero en casi todos hay una disminución notable de la vista.

He observado esta lesión en la infancia y en la edad adulta, pero aunque mas rara puede verse en la vejez, como consecuencias de las úlceras atónicas ó infecciosas de la cornea.

En mi estadística ha sido un poco mas frecuente en los varones y en la raza blanca. No dudo que si la colonia china fuese mas populosa arrojaría el mayor contingente de leucomas adherentes.

Esta lesión como indica el cuadro es una de las mas comunes de la membrana vascular.

TOTAL	OJO ENFERMO			CAUSAS			SITUACION	
	D.	I.	D. I.	Queratitis ulcerosas	Heridas OPERATORIAS	Heridas ACCIDENTALES	Central	Perife- rica
33	17	15	1	24	4	5	18	15

La mayoría de las sinequias anteriores son consecutivas á afecciones ulcerosas de la cornea, bien sean queratitis ó complicaciones de oftalmias graves. Algunas veces dependen de heridas accidentales, y el menor número complican las incisiones operatorias. En este último caso son siempre periféricas, por ser la proximidad del borde de la cornea el punto de elección quirúrgico, mientras que la mayor parte de las perforaciones espontáneas son centrales, y por consiguiente mas graves para el funcionamiento del organo.

En casi igual proporción aparecen atacados los dos ojos en esta estadística.

La sinequia anterior es una complicación grave, una amenaza constante para el porvenir del ojo, como lo ha demostrado recientemente Despagnet en su tesis de Doctorado.

He observado con frecuencia los estafilomas de la cornea producirse al mismo tiempo, y de un modo lento la atrofia de la cornea ó del bulbo ocular, y entre las complicaciones tardías el glaucoma y las irido-coroiditis.

El tratamiento racional de estas sinequias requiere su secionamiento apenas se inicie cualquiera complicación.

Cuando la sinequia es tan reciente que presenciamos la

perforación de la cornea, y la unión del iris á la pérdida de sustancia, se combate el establecimiento definitivo de la adherencia con el uso del vendaje compresivo, y de los midriáticos si la perforación es central, y de los mióticos en caso contrario.

SINEQUIAS POSTERIORES

Las sinequias posteriores son el síntoma característico de la iritis, que persiste indefinidamente ó por lo menos deja trazas indelebles de pigmento adherido á la cristaloides, con trastornos de la vista, proporcionados á la intensidad del exudado plástico. La vista puede, en efecto, estar simplemente disminuida, ó reducida á la percepción luminosa, cuando un exudado abundante obstruye la pupila.

Las sinequias se observan casi constantemente en la edad adulta, y se comprende, porque la iritis es de ordinario una manifestación diatésica. De los enfermos aquí incluidos, en tres era manifiesto el origen sífilítico, en uno el reumático, en otro el blenorragico, y en otro el leproso. La inscripc. 943, se refiere á un dependiente de comercio, de 35 años, que padecía una artritis con derrame en la rodilla izquierda, y á la vez presentaba en ámbos ojos *sinequias posteriores*, en la parte inferior de las pupilas, y sobre la cristaloides puntos negros de adherencias antiguas. Dijo que siete años antes había padecido una gonorrea, que se complicó de artritis de la rodilla y de una enfermedad de los ojos, en la cual, por su descripción reconocemos la iritis; y tenía la convicción de que realmente la gonorrea era la causa primera, puesto que habiendo contraído posteriormente la misma enfermedad, se complicó igualmente de artritis y de iritis.

Un chino atacado de lepra, de la forma sistematizada nerviosa presentaba sinequias posteriores en O. I. La iritis leprosa, insidiosa y recidivante, bien conocida de los profesores que asisten esta clase de enfermos, será en otro trabajo objeto de

un estudio detenido, en cuanto se refiere á mis observaciones personales.

Las sinequias, como la iritis, se observan casi exclusivamente en los varones, y son más frecuentes en la raza blanca; tan pronto se observan en el O. D., como en el O. I. ó sobre ámbos á la vez.

Las sinequias estudiadas en este capítulo, son las antiguas, sin restos de inflamación del iris.

EXUDADO PUPILAR.

El exudado pupilar es consecuencia de una irido-coroiditis con participación de toda ó solamente de la parte anterior de la coroides. Un abundante exudado obstruye la pupila y establece adherencias entre el iris y la cristaloides.

La desorganización que sufre el globo ocular, es profunda; su circulación se dificulta, la presión intraocular aumenta, y se establece el glaucoma. Otras veces, probablemente cuando la enfermedad se ha cebado en la coroides, disminuye la presión interna, y la función del órgano queda abolida, hasta el punto que el ojo enfermo no percibe un foco intenso de luz en ninguna dirección del campo visual; ceguedad que hace presumir un desprendimiento total de la retina.

La enfermedad se manifiesta en un solo ojo ó en ámbos simultáneamente. Se observa con más frecuencia en los varones y en la edad adulta.

Entre los enfermos que he observado, es interesante la inscripe. 246, de un mulatico de 5 años, que presentaba una afección congénita del O. I. constituida por disminución de su volúmen, estafiloma de la cornea, ausencia de cámara anterior, una cicatriz sobre la cornea, pupila innóvil obstruida por un exudado, atrofia del iris que tiene color gris, $T < n$, $V = p$. lum. y nistagmus horizontal poco pronunciado.

La madre era una mujer sana, que de 6 hijos que había tenido, tres murieron á los pocos días de nacidos, de tétanos

infantil. No comprobé en la madre ni el hijo manifestaciones sifilíticas.

ATONIA DEL IRIS.

En dos enfermos, cuyas pupilas pretendí dilatar para operarlos de catarata, uno de 69 y otro de 85 años, no pude conseguirlo con instilaciones repetidas de un colirio de atropina $\frac{0.02}{10}$ ni con otras más fuertes del sulfato de atropina $\frac{0.05}{10}$ ni de sulfato de duboisina $\frac{0.05}{10}$, viéndome obligado á proceder á la operación, en el estado habitual de sus pupilas. En ámbos el resultado fué excelente.

El iris de estos enfermos era pardo, de apariencia completamente normal; sometidos á la acción de una luz intensa, sus oscilaciones eran tan estrechas que apenas se apreciaban: las pupilas permanecían de ordinario medianamente dilatadas. Y sin embargo, estos individuos nunca habían padecido en sus ojos más que las cataratas seniles por que consultaron, y despues de extraídas éstas, se confirmó que el funcionamiento de la retina era fisiológico.

Atribuyo esta atonia á una degeneración de las fibras musculares del iris en la vejez, tal vez ligada al ateroma arterial propio de esta edad.

No he abierto capítulo especial para describir los casos frecuentes de atrofia cuando existen exudados pupilares, adosamiento del iris á la cornea, particularmente en los estafilomas de esta membrana, en los glaucomas antiguos, etc. La membrana vascular atrofiada adquiere un tinte gris, se adelgaza, deja de funcionar, y en los casos avanzados por atrofia de sus elementos deja percibir cierto grado de transparencia.

IRIDO COROIDITIS.

La inyección vascular periquerática de la conjuntiva, el dolor vivo á la presión en la región ciliar, la inflamación del iris, los exudados pupilares y la disminución de la vista, me

han servido en los pocos casos que he observado para establecer el diagnóstico de irido-coroiditis.

La enferma 758, negra, afirma que despues de un parto difícil, se presentó una enfermedad dolorosa de los ojos. Cuando vino á hacerse reconocer, vastos exudados obstruían las pupilas, los cristalinos eran asiento de la regresión cataractosa, $T > n$, y $V \begin{cases} \text{O. D.} = 0. \\ \text{O. I.} = \text{p. lum.} \end{cases}$

En una niña, 648, recidivas frecuentes de oftalmía pustulosa, había determinado una hiperemia permanente de la región anterior del O. I. con enturbamiento de la cornea, disminución de la vista, y principio de atrofia del bulbo.

Pero ninguno de estos casos se presta á consideraciones de importancia, ni ofrecen bastante interés para detallar sus historias clínicas.

ESCLERO-COROIDITIS.

Esta enfermedad se reconoce por abultamientos de color

SEXO.	RAZA.	EDAD.	PROFESION.	Ojo enfermo.	SITIO.
V.	B.	26	Labrador.	D.	Sup. Ext. Inf.
V.	B.	55	Carpintero.	D. I.	Sup. Ext. Inf.
V.	B.	25	.....	D.	Sup.
H.	B.	30	Su casa.	I.	Sup.
V.	B.	35	Dentista.	D.	Int. Sup. Ext.
V.	Ch.	60	Labrador.	D. I.	.....

negruzco en la región ciliar ó ecuatorial. La vista está perdida ó notablemente disminuida. La tensión intraocular es mayor que la normal. La pupila, siempre inmóvil, está dilatada ó bien obstruida por exudados.

La causa en estos enfermos ha sido local; el glaucoma ordinariamente, y probablemente en los casos de exudado pupilar la linfangitis anterior.

La obs. 289 se refiere á un campesino de 26 años, que tenía su O. D. notablemente aumentado de volúmen por abulta-

mientos de color negruzco en toda la región ciliar de la esclerótica, particularmente desarrollados en las regiones superior é inferior. Tienen por límite anterior el borde de la cornea de la que se hallan separados, 0.^m001 ó 0.^m002 y posteriormente el círculo ecuatorial; la superficie es desigual, con abolladuras, ofrecen una depresión más marcada á la altura de los músculos rectos.

La cornea presenta opacidades translucidas. La pupila está medianamente dilatada, no reacciona espontáneamente, pero obedece al influjo de la atropina; una vez dilatada se nota una irregularidad del borde como si hubiese existido una sinequia.

Aunque difícilmente pudo alumbrarse el fondo del ojo para ver su coloración roja, pero no fué posible distinguir detalles.

La vista apenas existe: vé el bulto de la mano que pasa á 0.^m20, pero no cuenta los dedos ni reconoce ningún objeto. $T > n$. (1) — Sufre dolores intraoculares contínuos. El O. D. sufría de atrofia de la cornea.

La inscripción 689 era un dentista de 35 años que, padecía de *esclero-coroiditis* ecuatorial, originada por una irido-coroiditis simpática, (linfangítis anterior), con grandes abultamientos negruzcos arriba y lateralmente, deprimidos al nivel del recto superior, pero más abultados en la dirección de los rectos interno y externo.

La cámara anterior está disminuida; la pupila medianamente dilatada y obstruida por un exudado blanco azulado. Tiene hiperemia conjuntival. No pudo alumbrarse el fondo del ojo. $T > n$. $V = 0$.

El único chino que figura en este cuadro era leproso.

Debe incluirse la esclero-coroiditis entre las enfermedades de

(1) Para expresar la pureza ó grado de *tensión* intraocular me valgo de una fórmula sencilla: $T=n$, $T > n$, $T < n$; que expresan una *tensión igual mayor ó menor que la normal*. Estos grados son fáciles de apreciar y suficientes en la práctica, mientras que la fórmula de Rowman $T \pm 1$, $T \pm 2$ $T \pm 3$. por su difícil apreciación ocasiona dudas y divergencias en los observadores.

la coroides ó de la esclerótica? La observación de estos casos que acabamos de analizar nos inclinan á considerarla siguiendo el ejemplo de Wecker como una afección del *tractus uveal*. En efecto, el exudado que obstruye la pupila, los dolores ciliares, y los antecedentes que suministraron algunos enfermos, demuestran la preexistencia de una linfangitis anterior, como es evidente en el individuo de la observación 689 que habiendo perdido su O. I. por un traumatismo sintió en O. D. desarrollarse el cuadro completo de la oftalmia simpática.

Todos estos ojos eran glaucomatosos por la inmovilidad de la pupila, el estrechamiento de la cámara anterior, la pérdida de la vista, la dureza del bulbo, y los mismos abultamientos ecuatoriales; síntomas que acusan un exceso de la presión intraocular.

Pienso que el glaucoma es consecutivo á la linfangitis, pero precede y es causa inmediata de la esclero-coroiditis; y esta en fin no es más que la manifestación tardía de un estado de desorganización intraocular por alteraciones graves de la circulación del órgano visual.

La esclerótica toma solo una parte secundaria en el desarrollo de este proceso. La dificultad de su nutrición trae consigo la disminución de su resistencia, y al ceder á la presión interna se adelgaza y deja ver por transparencia el tinte oscuro de la coroides.

COROIDITIS.

En este capítulo describiremos las dos formas: atrófica y exudativa con los detalles suficientes para diferenciarlas. La coroiditis supurativa ó flegmon del ojo ha sido estudiado en la irido-coroiditis puesto que siempre la inflamación de ambas membranas contribuyen á la pérdida del órgano.

COROIDITIS ATROFICA.

La variedad atrofica es la más frecuente de todas las coroi-

Sexo	Raza	Edad	Profesión.	Ojo enfermo	M dioptrios.	V.	Complicaciones.
V.	B.	60	Propietario	D.	12 ^d	.....	Copos h. vitreo-Catarata.
V.	B.	38	Escribiente.	D. I.	12 ^d	$\frac{1}{2}$	Astenopia muscular
V.	B.	22	Estudiante.	D. I.	8 ^d	{ D=1 I=2/3	
V.	B.	23	Estudiante.	D. I.	5.5 ^d	{ D=2/3 I=1/2	Mescas volantes.
V.	B.	36	Tipógrafo.	D. I.	3 ^d	{ D=2/3 I=1	
V.	B.	55	Marino.	D. I.	2	{ D=0/10 I=2/3	Catarata nucleolar
V.	B.	40	Abogado.	D. I.	3	.....
V.	Ch.	47	Labrador.	D.	20	bultos	
H.	B.	54	Su casa.	D. I.	.....	cta. dedos á 1 m.	Copos h. vitreo.
H.	B.	19	.....	I.	20	.....

ditis; representa los dos tercios de los casos que he observado.

Aunque muchos autores niegan que sea inflamatoria esta enfermedad, que por su marcha especial describen en capítulo distinto bajo el nombre de *esclero-coroiditis posterior* ó *estafiloma posterior*, de naturaleza idéntica á la *esclero-coroiditis anterior* (que sí creen inflamatoria), nosotros, sin embargo, desentendiéndonos de apreciaciones extrañas, y llevados solo de la índole de este trabajo, la relación y consideraciones sobre los casos por mí observados, veo en estos un proceso inflamatorio crónico que, si inapreciable en el estafiloma posterior se revela en las placas atróficas diseminadas que con frecuencia lo acompañan, y demuestran mayor agudeza ó un período avanzado de la enfermedad.

De estos diez enfermos, ocho eran varones, y nueve blancos; todos adultos ó viejos. Sin embargo, el estafiloma y las placas atróficas eran congénitas ó databan de la infancia en la

«Inscripe. 997. Mujer blanca, de 19 años y de inteligencia escasa, tiene perdido su O. D. y padece en O. I., miopo de 20 dioptrías, una coroiditis atrófica tipo,

con tres placas blancas, bien circunscritas, una de forma semilunar, tan grande como la papila, adherida á su borde externo (estafiloma posterior estacionario,) otra ovalada, que atraviesa los gruesos vasos temporales superiores de la retina, y en fin, la tercera mucho mas extensa, de tres diámetros papilares proximalmente en la región de la macula de forma oval á gran eje transverso, ofrece en parte de su borde inferior una agrupación lineal de pigmento, y sobre el fondo blanco puro de la placa se destacan manchas pigmentarias esparcidas con irregularidad.

La papila tiene un color mas pálido que el fisiológico, casi blanco, de suerte que se confunde con el estafiloma y se percieria á la primera impresión en una papila de grandes dimensiones y de diámetro mayor horizontal.

Todas estas lesiones atroficas son antiguas y permanecen estacionarias.»

No todos los sujetos atacados de coroiditis atrofica ejercían profesiones de aplicación ocular; entre ellos hay un marino, ocupación en que por el contrario se ejercita la vista á gran distancia y que presentaba, con una $M \begin{cases} O. D. \equiv 2 \\ O. I. \equiv 1.50 \end{cases}$ moderada, un estafiloma estrecho, y estacionario. Un chino, entregado a las faenas del campo que para nada requieren la vista de cerca, ofrecía un enorme estafiloma monocular, como puede verse en la observación que transcribimos.



Cloroiditis atrofica.
N° 997.

«964. Chino, de 47 años, labrador, ingresó en el Hospital Mercedes por una úlcera de la pierna.

O. I. Sano, R.=E. V.=1.

O. D. Coroiditis atrofica. M=20 dioptrias. V=distingue bultos.—Vastísimo estafiloma posterior que envuelve la papila por una estrecha faja en su lado interno, prolongándose en la extensión de dos diámetros papilares hacia afuera y un poco hacia abajo. En su borde externo hay una estrecha faja en que empieza á marcarse la atrofía por la desaparición del pigmento y enrarecimiento de la corio capilar. Arriba y afuera en el trayecto de la arteria temporal superior se percibe otra pequeña placa atrofica, ovalada, sin pigmento, de un color rosa pálido.»

Esta observación es interesante por la Anisometropia considerable, la marcha progresiva del estafiloma en un ojo que

en modo alguno puede usar el enfermo, y por la integridad fisiológica del O. I. Indudablemente es difícil descubrir la causa en oficio de no aplicación ocular, en un ojo fuera de uso y sobre todo la causa de las miopias progresivas monoculares.

Una tercera parte de estos enfermos presentaron la coroiditis atrofica sobre un solo ojo. Todos eran miopes, pero en diferentes grados desde 2 hasta 20 dioptrias, si bien es cierto que existe una relación marcada entre el desenvolvimiento del estafiloma y el de la miopia. La vista es ordinariamente inferior á la normal, pero suficiente sin embargo para permitir cualquiera clase de trabajo.

La coroiditis atrofica es una afección seria por las graves complicaciones que acarrea. Empieza por la formación de un estafiloma en el borde externo de la papila, que avanza lentamente hacia la macula, á donde, sin embargo, nunca llega. Con frecuencia se ven en el estafiloma dos ó tres fases atroficas simultaneamente; la mas antigua, junto á la papila, que á veces envuelve excéntricamente, es blanca, representada por la esclerótica, pues la coroides ha desaparecido totalmente; una intermedia, menos ancha donde se perciben los vasa-vorticosa; y en fin, la mas exterior y á la vez mas estrecha, ofrece un rosa pálido, mas claro que el fondo del ojo, por la desaparición de pigmento y alteraciones de la corio-capilar. La obs. 411 que mas adelante copiamos nos ofrece un buen modelo de esta marcha de la atrofia.

En cierto periodo de la evolución del estafiloma aparecen placas atroficas de la macula ó bajo el trayecto de los grandes vasos retinianos, placas ordinariamente grandes, escasas, bien circunscritas, ovaladas, con grupos de pigmento en el centro.

Es curioso el estudio de los vasos de la retina en el estafiloma posterior. En esta enfermedad la papila es casi blanca, y al examinarla se creería que de ella parten vasos mas numerosos que los que existen en el interior de un ojo. Esta ilusión depende de la disposición que afectan dichos vasos. En efecto

el estafiloma es una ectasia de la esclerótica, como lo reconoce el oftalmoscopio que acusa mayor número de dioptrías negativas (lentes biconcavas) para enfocar dicha depresión que para examinar los detalles hacia la region ecuatorial. Los vasos de la retina, pierden por esta causa sus ondulaciones naturales, y se tornan rectos y rigidos. Aquí hay una disposición completamente opuesta á la que se observa en el glaucoma: la excavación papilar rechaza fuertemente los vasos del lado interno agrupándolos en un manojó superior y otro inferior; la depresión esclerotical, mas ámplia y menos brusca, tiende los troncos vasculares del lado externo, que por la separación que les da su tirantez surcan como radios toda la extensión del estafiloma y aparecen desviados del lado temporal.

Una miopía grande con estafiloma se complica frecuentemente de copos del humor vitreo que se mueven con facilidad en medio de este líquido, impulsados por los movimientos del globo ocular. Proceden de hemorragias en la region anterior invisible con el oftalmoscopio, pero que tambien suelen producirse en el polo posterior.

Esta desorganización interna, alcanza al cristalino que se opacifica, y á la retina que se desprende de la coroides lo que viene á dar como último resultado la perdida irremediable de la vista.

Bajo este punto de vista relataré una observación con numerosas complicaciones.

*411. Propietario, blanco, de 60 años, buena salud habitual, sigue las prescripciones del Doctor Little, de Filadelfia, pero vino á consultarme simplemente por conocer mi opinión. Presentaba en O. I. irregularidad de los bordes de la pupila, catarata principiante formada por algunas estrias periféricas, M=3. 5. dioptrías, astigmatismo poco pronunciado.

En O. D. Catarata iniciada, idéntica y simétrica con la del lado izquierdo, un coponegro, movable en el humor vitreo, bastante grande y de forma alargada, M=12. ^d. Estafiloma posterior, progresivo, de grandes dimensiones, que abraza casi por completo la papila y se extiende hácia abajo y afuera, y presenta tres zonas distintas de evolución: 1^a. la mas interna con desaparición de la coroides; 2^a. des-

tracción incompleta de la corio-capilar; y 3ª. la mas externa, por la falta de pigmento, y enrarecimiento del tejido de la membrana vascular.

En la macula hay una placa blanca de atrofia de la coroides, bien circunscrita ovalada transversalmente, conteniendo en su interior tres manchitas negras de pigmento. Por encima y por debajo de esta, y atravesadas por los vasos temporales superiores é inferiores de la retina, existen además otras dos placas de atrofia, algo menores, y tambien blancas, pero sin pigmento interior ni en los bordes.

La vista de este ojo está reducida á la pereepción luminosa.»

COROIDITIS EXUDATIVA.

He observado esta forma de coroiditis en la edad adulta y la vejez, en las razas blanca y negra, y con más frecuencia en

SEXO	RAZA	EDAD	PROFESION	Ojo enfermo	Sitio de la erupción	CAUSA
H.	N.	90	Lavandera....	D. I.	Diseminada...	...
V.	N.	40	Labrador	D. I.	Diseminada...	Sífilis?
V.	B.	37	Cochero	D. I.	Diseminada...	...
V.	B.	51	Calderero.....	D. I.	Central .....	...

los hombres que en las mujeres, y en individuos entregados á profesiones mecánicas, expuestos á la humedad y á cambios bruscos de temperatura.

La causa de la enfermedad en todos estos casos ha permanecido desconocida ó dudosa. En los cuatro la padecían ambos ojos en grado casi igual. Ordinariamente diseminada, la erupción fué central en la

«Inserip. 608. Abril 1887. Calderero, de 51 años, francés, ha padecido hace diez meses de fiebres palúdicas, desde cuya época empezó á disminuir su vista que hoy no le permite ni aun los trabajos más groseros.

Actualmente padece un catarro pulmonar crónico, y dolores en la 2ª. rama del trijemino. No existe el reflejo rotuliano; pero tampoco presenta síntomas tabéticos.

En ambos ojos se vé un eopo en el humor vítreo situado por detras del cristalino en la dirección infero-externa con movimientos limitados. Las papilas, muy descoloridas, tienen una zona externa blanca (borde escleral,) un anillo gris, y el centro blanco (ligera excavación fisiológica.) Las arterias de la retina guardan su calibre normal, pero las venas parecen ensanahadas, fusiformes en algunos puntos.

En la region macular se ven numerosos botoncitos pequenísimos, redondos blancos, con una aureola roja, agrupados como en algunas erupciones cutáneas. La región ecuatorial está sana.

Campo visual con límites normales.

$$V \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right. = \frac{1}{25}. \quad H \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right. = 1^d$$

Ordeno el bromuro y el ioduro de potasio; y para untar en la frente y las sienas una mezcla de alcanfor en polvo } a. a.—15 grms.
hidrato de cloral }

Agosto.— $V \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right. = \frac{4}{10} / \frac{10}{2}$. La manifestación coroidica continúa en el mismo estado, aunque hay mejoría de la vista.

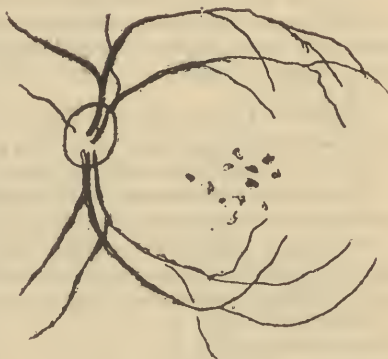
Distingue los colores en pequeñas porciones, y colorea los diversos tintes ordenadamente; pero para el rojo hay ligera hesitación.

Prescribo del ioduro de sodio un gramo diario, dos sanguijuelas á cada región mastoidea, y en las sienas la pomada amoniacal de Gondret.

Mayo 1888.--Mayor transparencia en el humor vítreo, la papila ha vuelto á colorearse; pero la exudación macular persiste. $V \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right. = \frac{1}{10}$. La intensidad de la vista ha aumentado. Aumento la dosis de ioduro á 2 gramos diarios.»

Ignoro el resultado definitivo de la enfermedad, pues el paciente disgustado de la lentitud de la mejoría ha dejado de asistir á esta clínica. El tratamiento iodurado obedecía á un plan alterante, y á la posibilidad de la diatesis sífilítica, recurso que el médico ansía en estos casos oscuros como único medio de obtener resultados favorables; pero el enfermo no acusaba antecedentes ni mostraba estigmas diatésicos.

La inscr. 374 ofrece un modelo de coroiditis diseminada con grandes placas esparcidas, blancas, irregulares, de atrofia de la coroides, sobre las cuales atraviesan los vasos de la retina; y otras placas menores, redondeadas, formando grupos, y situados mas hacia el ecuador. Esta coroiditis se complica de tumefacción de la papila, que presenta sus bordes irregu-



Coroiditis exudativa.

N.º 608.

lares y confusos. La vista está muy disminuida por una neblina que se interpone delante de los objetos.

Terminaré el estudio de la coiditis exudativa describiendo un caso interesante de la forma *diseminado con atrofia de las papilas*.

•Inscrip. 603. Individuo blanco, de 37 años, cochero; toma licores en cantidad moderada, pero suficiente para haberse ocasionado cierto grado de intoxicación alcohólica, que acusa el temblor fibrilar característico de sus dedos puestos en extensión. No es sífilítico ni reumático, ni actualmente padece ninguna otra enfermedad mas que la de sus ojos.

Ingresó en Abril de 1887 en el Hospital Mercedes por una disminución de la vista que le impedía ejercer su oficio. Veía manchas negras esparcidas en el campo visual. Dificilmente podía contar los dedos á 2.^m de distancia.

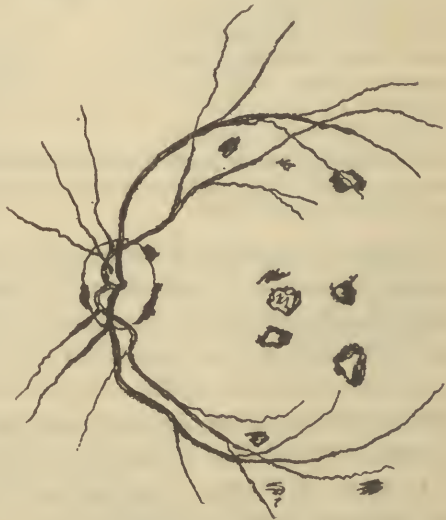
Sus pupilas, medianamente dilatadas, eran perezosas á la acción de la luz. Los medios del ojo conservaban su transparencia normal.

Las papilas blancas y de contornos mal limitados, ofrecían depósitos de pigmento principalmente por su borde externo. Las arterias de la retina eran filiformes, y las venas estaban también adelgazadas.

Esparcidas también en el fondo de ambos ojos se veían manchitas de pigmento, irregulares que al primer momento me hicieron pensar en la retinitis pigmentaria. Algunas de estas placas eran mayores, atravesadas á veces por vasos de la retina, redondeadas, blancas en el centro por destrucción de la coroides que deja ver la esclerótica, y revestidas de un borde negro de pigmento que se muestra mas grueso en uno de sus lados.

La lesión es mas avanzada en O. I. donde se ve un notable grupo de placas atroficas, mucho menores que la papila, situadas en la región de la mácula. A mayor distancia y cerca de los vasos gruesos de la retina se ven otras mas pequeñas, unas con el centro blanco y otros simplemente de pigmento.

En O. D. la afección es mas reciente: abundan diseminadas al rededor de la mácula pequeños depósitos de pigmento, como dibujados en el fondo del ojo, sin



Coroiditis diseminada con atrofia
de la papila.
Nº 603.

OBSERVACIONES DE GLAUCOMA.

NUM.	SEXO.	RAZA.	EDAD.	PROFESION.	Ojo enfermo.	V.	C. v.	R.	T.	CORNEA.	VARIEDAD	H. VITREO.	CRISTALINO.	Lam. perfor.	EXCAVAC.	Reflejo verde.	IRIS.	PUPILA.	PAPILA.	SENSIBILIDAD	Duración.	MARCHA.	PRINCIPIO.	
1.	H.	N.	50.	Labradora.	D. I.	O.	O.	.....	=n	Turbia O. I.	Crónica.	.....	.....	Visible.	Profunda.	Intenso.	.....	Imóvil:	Atrofia.	Indolente.	3 años.	Progresiva.	Insidioso.
2.	II.	B.	57:	Su casa.	D. I.	O.	O.	M.	V n	(Anestesia. Ulceras O. D.)	Crónica.	Turbio...	.....	Visible.	Existe.	Intenso.	Atrofiado.	Paralizada.	Atrofia.	Neuralgias.	{ 0. D. = 6 meses 0. I. = 1 años.	Rápida.	Insid.
3.	H.	B.	82.	Su casa.	D. I.	O.	O.	.....	V n	.....	Crónica.	.....	.....	Visible.	Profunda.	Intenso.	.....	.....	Atrofia.	Indolente.	Antiguo.	Lenta.	Insid.
4.	V.	N.	106.	Labrador.	D. I.	P. lum.	Estrech.	.....	=n	Anestesia.	Cr. simple	.....	Catarata.	.....	Existe irreg	.....	.....	.....	Atrofia.	Indolente.	Antiguo.	Lenta.	Insid.
5.	V.	N.	85.	Labrador.	D. I.	O.	O.	.....	V n	Opaca.	Cr. simple	.....	Catarata.	.....	.....	.....	.....	Contractil.	.....	Indolente.	Antiguo.	Lenta.	Insid. (Exoft.)
6.	V.	B.	39.	Labrador.	D. I.	.....	.....	.....	V n	Leucoma estaf.	Cr. simple	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
7.	II.	M.	50.	Su casa.	D. I.	O.	O.	.....	V n	Leucomas.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Paralizada.	.....	.....	5 años.	.....	.....
8.	V.	N.	40.	.....	D. I.	O.	O.	.....	V n	Leucom.-Ast.	Crónica.	.....	.....	.....	.....	Intenso.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
9.	V.	B.	44.	Marino.	D. I.	{ O. D. = 0. O. I. = p. l.	{ O. D. = 0. O. I. = estrech.	O. D. = M. 3 ^d	V n	Turbio.
10.	V.	B.	70.	Labrador.	D. I.	O.	O.	V n	Aguda.
11.	V.	Ch.	57.	Labrador.	D. I.	O.	O.	.....	V n	.....	Crónica.	.....	.....	.....	.....	Intenso.	Atrofia.	Dilatada.	.....	Neuralgias.	Antiguo	Por ataques	Ataque
12.	V.	B.	50.	Billetero.	D. I.	{ O. D. = p. l. O. I. = cta. dedos	.....	.....	V n	Transparente	Crónica.	Claro.	Normal.	Visible.	3. ^d	No existe	.....	Dilatada.	Atrofia.	Neuralgias.	Antiguo	Por ataques	.....
13.	II.	N.	60.	Su casa.	D. I.	O.	O.	.....	V n	Anestesia.	Crónica.	.....	.....	.....	.....	Intenso.	Atrofia.	Dilatada.	Atrofia.	Indolente.	5 años.	Lenta.	Insid.
14.	H.	B.	45.	Su casa.	I.	.....	.....	.....	V n	.....	Aguda.	.....	.....	.....	.....	Intenso.	.....	Iridectomia.	.....	.....	2 años.	Rápida.	Ataque
15.	V.	N.	32.	Carpintero.	D. I.	O.	O.	M. 2 ^d	V n	Transparente	Crónica.	Claro.	Transparente	Visible.	Profunda.	Existe.	Atrofia.	Iridectomia.	Atrofia.	Indolente.	6 años.	Rápida.	Insid. (ataxia?)	
16.	V.	B.	20.	Herrero.	D.	O.	O.	.....	V n	Transparente	Aguda.	.....	.....	.....	.....	No existe	Irido-coroiditis.	.....	.....	Doloroso.	3 años.	Rápida.	Ataque. sintom.
17.	V.	B.	11.	Labrador.	I.	=p. l.	.....	.....	V n	Transparente	Aguda.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	5 años.	Rápida.	Ataque.-Buftal.
18.	V.	B.	58.	Labrador.	D. I.	=cta. dedos	.....	.....	V n	Transparente	Crónica.	Claro.	.....	.....	Profunda.	Existe.	.....	Dilatada.	Atrofia.	Punzadas.	4 años.	Lenta.	Insid.
19.	V.	B.	50.	Carpintero.	D. I.	=p. l.	.....	.....	V n	Turbia.	Crónica.	Turbio.	.....	.....	0.002	Existe.	.....	Dilatada.	Fosfenos.	Indolente.	4 años.	Lenta.	Insid.
20.	V.	B.	44.	Escribiente.	D. I.	{ p. = 0. I. = p. l.	.....	.....	V n	Anestesia.	Crónica.	.....	.....	.....	.....	Existe.	.....	.....	.....	.....	5 años.	Aguda.	Agudo.
21.	V.	B.	40.	Soldado.	D. I.	O.	O.	E.	V n	Leucoma.	Crónica.	Visible.	0.003	Sinequia anter.	Atrofia.	Aguda.	Secundario.
22.	II.	N.	44.	Costurera.	I.	O.	O.	E.	V n	.....	Crónica.	.....	.....	.....	0.002	No existe.	.....	.....	Atrofia.	Neuralgias.	3 años.	Lenta.	Secundario?
23.	II.	M.	19.	Costurera.	D.	O.	O.	.....	V n	Leucoma.	Crónica.	.....	.....	.....	.....	No existe.	Irido-coroiditis.	.....	.....	Neuralgias.	3 años.	Aguda.	Secundario.
24.	V.	B.	52.	Carpintero.	D. I.	p. l.	.....	H. 4 ^d	V n	.....	Crónica.	.....	.....	.....	.....	No existe.	Pupila artificial	.....	.....	.....	3 años.	Lenta.	Insid.
25.	H.	B.	60.	Su casa.	I.	Cta. dedos	.....	H. 2 ^d	V n	.....	Crónica.	.....	.....	Visible.	Profunda.	.....	.....	.....	Atrofia.	Neuralgias.	3 años.	Con ataques	Insid.
26.	V.	B.	35.	Hojalatero.	D. I.	Cta. dedos.	.....	E.	V n	.....	Crónica.	.....	.....	.....	0.002	.....	.....	Dilatada.	Atrofia.	.....	3 años.	Lenta.	Insid.
27.	H.	B.	28.	Su casa.	I.	O.	O.	.....	V n	Leucoma adherente.	Crónica.	.....	.....	.....	.....	.....	Sinequia anter.	.....	Atrofia.	Neuralgias.	.....	Progresiva	{ Insid.-O.D. enuclea secund. a los 8 años.
28.	V.	B.	51.	Maest. azúc.	D. I.	O.	O.	E.	V n	.....	Crónica.	.....	Catarata O. I.	.....	0.002	.....	.....	Dilatada.	Atrofia.	.....	1 año.	Rápida.	Insid.
29.	II.	B.	35.	Su casa.	D. I.	1/10	O.	II. 2 ^d	V n	.....	Crónica.	.....	.....	Visible.	0.001	No existe.	.....	Dilatada.	Atrofia.	Neuralgias.	1 año.	Rápida.	Insid.
30.	V.	B.	70.	Literato.	D. I.	=p. l.	O.	E.	V n	.....	Crónica.	.....	.....	Visible.	Profunda.	Intenso.	(Hemorragia macula.)	Dilatada.	Atrofia.	.....	Antiguo	Lenta.	Insid.
31.	V.	N.	45.	Cocinero.	D.	.....	.....	.....	V n	Quemosis.	Aguda.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Dilatadas.	.....	Neuralgias.	Todos los años.	Rápida.	Ataque
32.	V.	B.	68.	Empl. corr.	D. I.	{ O. D. = cta. dedos. O. I. = 3/4	.....	H. 1 ^d	V n	Anestesia.	Crónica.	.....	.....	Visible.	0.002	.....	.....	.....	Atrofia.	.....	30 años.	Lenta.	Insid.
33.	V.	N.	58.	Panadero.	D. I.	O.	O.	E.	V n	.....	Crónica.	.....	.....	Visible.	0.001	Existe.	.....	.....	Atrofia.	Indolente.	1 año.	Progresiva.	Insid. (Ni-tagnus)
34.	V.	B.	46.	Albañil (alcoh.)	D. I.	O.	V n	Anestesia.	Crónica.	Catarata.	Atrofia.	Lenta.	Insid.
35.	V.	N.	60.	Labrador.	D. I.	O.	O.	.....	V n	.....	Crónica.	Catarata.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	Indolente.	8 años.	Lenta.	Insid.
36.	II.	M.	43.	Lavandera	I.	p. l.	O.	.....	V n	Atrofia O. D.	Aguda.	.....	.....	.....	0.003	.....	Iridectomia.	.....	Atrofia.	Doloroso.	4 años.	Aguda.	Ataque
37.	V.	N.	70.	Labrador.	D. I.	p. l.	O.	E.	=n	Anestesia.	Crónica.	Catarata O. I.	.....	.....	0.001	.....	.....	.....	Atrofia.	.....	4 años.	Lenta.	Insid.
38.	H.	B.	4.	.....	D. I.	.....	O.	.....	V n	Estafiloma.	.....	.....	.....	.....	.....	.....	(Buftalmia.)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
39.	II.	B.	63.	Profesora.	D. I.	p. l.	.....	.....	V n	.....	Aguda.	.....	.....	.....	0.002	.....	.....	Dilatadas.	Atrofia.	Neuralgias.	.....	Por ataques	Ataque
40.	II.	B.	44.	.....	D. I.	I. l.	O.	II. 2 ^d	V n	.....	Crónica.	.....	.....	Visible.	0.002	.....	(Hemorragia cerebral.)	.....	Atrofia.	Neuralgias.	3 años.	Lenta.	Insid.
41.	V.	B.	53.	Carpintero.	D. I.	p. l.	O.	V n	Turbia.	Crónica.	Catarata.	Existe.	(Cáncer del cuello.)	Lenta.	Insid.
42.	V.	Ch.	45.	Cocinero.	D. I.	p. l.	O.	.....	V n	Turbia.	Crónica.	.....	Catarata O. D.	.....	.....	.....	.....	Dilatadas.	Atrofia.	Neuralgias.	.....	Lenta.	Insid.
43.	II.	B.	54.	Su casa.	D.	Cta. dedos.	O.	.....	V n	Turbia.	Aguda.	.....	.....	.....	.....	Intenso.	.....	Dilatada.	.....	Neuralgias.	1 año.	Rápida.	Ataque



forma determinada, redondeados ó angulosos, semejantes á una tela metálica, ó bien compuestos de un punteado negro.

En ambos ojos se ven algunos cristales de coleslerina. Todas las lesiones están situadas al lado extenso de la papila.»

La causa de esta coroiditis permanece ignorada. No presentaba señales de sífilis ni el tratamiento iodurado instituido por otros profesores fué de la menor utilidad.

Esta variedad ofrece puntos de contacto con la *areolar* de Foeister en que aparecen manchas de pigmento que son reemplazadas en el 2º periodo por placas atroficas; pero se diferencian por su menor tamaño, por no limitarse al polo posterior, ser perimaculares, sino que atacaen la misma macula y se hallan esparcidas en toda la mitad temporal de la coroides, y en fin, porque en su periodo atrofico las envuelve un espeso borde de pigmento, que la asemejan á la coroiditis diseminada simple. Pero se diferencia de esta última por su evolución. En efecto, aquella empieza por una erupción de botones blancos, que se transforman en placas atroficas, mientras que en la variedad que nos ocupa suceden estas placas á manchas de pigmento.

Este caso único, cuya historia no pudo seguirse largo tiempo, deja oscuridad sobre la causa de su padecimiento.

CORIO-RETINITIS.

Los cuatro casos que he observado de esta enfermedad, presentaban cuadros clínicos bastante diferentes para que á un exámen ligero pudieran considerarse como otras tantas enfermedades distintas. En uno predominaba el polvo del humor vitreo, en otro las agrupaciones pigmentarias, en un tercero grupos de pigmento y aureola peripapilar, y en el último, vastas hemorragias con una erupción de apariencia papulosa.

SEXO	RAZA	EDAD	PROFESION	OJO ENFERMO	CAUSAS
V.	B.	30	Tabaquero	D. I.	Sífilis.
V.	B.	46	Leñador	D. I.	Sífilis.
V.	B.	72	Comerciante	D. I.	Sífilis ?
V.	B.	25	Tabaquero.	D.	Sífilis.

Véase el extracto de las observaciones.

«635. Leñador, blanco de 46 años; sifilítico desde hace 6 meses, tuvo bubones no supurados, roseola papulosa, dolores osteoscopos en piernas y brazos, y eefáneas, iritis en ámbos ojos coincidiendo con la erupción de la piel, de cuya iritis aún persisten ánequias posteriores en O. D.

Examinando el interior de los ojos, se ven partículas negras finísimas que están suspendidas en el humor vítreo con movimientos limitados. Este líquido está tan turbio, que apenas puede examinarse el fondo del ojo. Pero no se vieron placas exudativas en la coroides. T=n. $V \begin{cases} O. D. = \frac{1}{4} \\ O. I. = \frac{1}{10} \end{cases}$

Se quejaba de tener un velo delante de los ojos que le impedía distinguir los objetos.

«312. Tabaquero, de 30 años. Tuvo un chanero, bubones y roseola hace 7 años, y le hicieron tomar mucho ioduro para combatir esta enfermedad. Empezó á padecer de la vista dos años despues de los primeros accidentes sifilíticos.

Al principio veía moscas delante de los ojos que se movían en el campo visual, y que aumentaron en número progresivamente.

En el momento del exámen el estado del ojo era normal; la cornea, la cámara anterior, el cristalino y el humor vitreo conservaban perfecta transparencia. El iris obedece lentamente á la acción de la luz.

En la retina se ven numerosas agrupaciones pigmentarias pequeñas y esparcidas. En la coroides se perciben placas atróficas, blancas, mayores que la papila; en algunos puntos hay agrupaciones de pigmento, y en toda su extensión por el enrarecimiento del *stroma* se ven los *vasavorticosa*.

En O. D. la papila es rojiza, y tiene sus bordes confusos, como si hubiese sido asiento de un proceso inflamatorio. Tanto sus placas como las lesiones de O. I. son atróficas, hallándose situadas las principales en la región de la mácula.

Ve poco ó nada, por las noches. A la luz del dia distingue los bultos con O. D. que tiene mejor vista central, mientras que la periférica es más extensa en O. I.

En la inser. 725 no llegó á comprobarse la diatesis sifilítica; sin embargo, la presencia de manchitas negras, alargadas, situadas por delante de los vasos de la retina, en cuyo trayecto son más abundantes, un velo blanquecino semejante á una nube que envuelve la papila, no dejando ver más que su mitad superior, los vasos de la retina que están adelgazados, algunos pequeños exudados ovalares á cierta distancia de la papila, y en fin, la hemeralopia que es manifiesta, son elementos suficientes para establecer el diagnóstico de corio-retinitis, y pensar en la sífilis.

Es notable la imágen oftalmoscópica de la

«Inser. 985. Tabaquero, adulto. Su enfermedad, que se desarrolló insidiosamente, la que notó hace dos años al cerrar casualmente el O. I. Su O. D. único en-

férmo, cuenta los dedos á 0.^m 50. Desde aquella época el estado de su vista ha permanecido estacionario.—Fotopsias.

Los medios refrigentes del ojo, transparentes. R = E.

En toda la porción infero-interna se ve con un lente convexa de 10.^d una masa voluminosa, blanca, brillante, algo movable que se prolonga hácia abajo en forma de filamentos que se pierden en el humor vítreo.

No se ve la papila, pero se comprende su posición por los vasos superiores que convergen y se pierden detrás de la porción más central de la masa blanca. Por detrás de estos vasos superiores, se ven en la coroides numerosas manchitas blancas, unas alargadas y otras redondas. La región ecuatorial no ofrece alteraciones.

Pienso que esa masa blanca de que he hablado, no es más que la fibrina de la sangre derramada en el humor vítreo por una hemorragia, probablemente de la vaina del nervio óptico.»

GLAUCOMA.

Según la estadística que nos ocupa el glaucoma es una de las afecciones más comunes en Cuba: en nuestro cuadro representa el 4. 3 p. % de todos los padecimientos oculares; proporción más considerable que la establecida en las estadísticas europeas. Sin embargo, no negaré que sobre un número mayor de enfermos represente también aquí el glaucoma una cifra proporcional menos elevada.

Ha sido esta enfermedad más frecuente en los hombres que en las mujeres; 27 de los primeros para 16 de las segundas.

Todas las razas padecen el glaucoma en casi igual proporción; así lo padecieron 27 blancos, 2 chinos, cuya población equivale á $\frac{1}{33}$ de la de los primeros, 3 mulatos que son $\frac{1}{9}$, y 11 negros que son $\frac{1}{3}$ de los blancos. No existe pues, en mi estadística diferencia sensible entre las razas que pueblan el país para padecer esta enfermedad; y sí bien aparece algo elevada proporcionalmente la cifra de chinos, le quita valor su reducido número, á la vez que se explicaría en ellas su mayor frecuencia por hallarse todos los individuos de esta raza que entre nosotros viven en la edad en que mas se sufre dicha enfermedad.

El glaucoma puede presentarse en todas las edades. Raro en la infancia, en cuyo periodo hemos observado dos casos, la esclerótica se deja distender, y el ojo adquiere por conse-

cuencia las proporciones considerables que le han valido el nombre de *buftalmia*. La obs. 38ª se refiere á una niña de 4 años, recojida en la Casa de Beneficencia que presentaba un estafiloma total y considerable de ámbas corneas, de color blanco uniforme, que apenas podría distinguirse de la esclerótica á no ser por la depresión que al unirse forman ámbas membranas. Todo el globo está aumentado de volumen hasta constituir un *hidroftalmos* ó *buftalmos*. La conjuntiva pasa por delante de la cornea como un velo grueso que á nada puede compararse mejor que á un pterygión voluminoso con inserciones en el centro de la cornea. V=p. l.

La obs. 17ª se refiere á un niño de 11 años de temperamento escrofuloso que me consultó en Septiembre de 1886. Padecía de oftalmia granulosa de marcha crónica en ambos ojos, y de *buftalmia* en O. I. Dos años antes, sin causa conocida sufrió en este ojo una fuerte punzada que ha persistido con intervalos á pesar de las más variadas medicaciones.

Cuando tiene el dolor el ojo es presa de movimientos convulsivos repetidos lo que manifiesta el enfermo diciendo que le baila el ojo. Es más voluminoso que O. D., más duro, la cámara anterior ha quedado suprimida, y la esclerótica está tan adelgazada al nivel del círculo ciliar, que se percibe al través el color negro del tractus uveal, bajo forma de un anillo.

En la edad adulta, de los 15 á los 50 años he observado 18 casos, y de estos la mayoría corresponden á la decena de 40 á 50 años. En este periodo y en la vejez, el glaucoma se desenvuelve hasta la pérdida total de la vista sin alterar sus dimensiones. Pero asciende á 23 el número de glaucomatosos que pasan de 50 años, algunos de los cuales alcanzan una edad avanzadísima. En una palabra, el periodo de los 40 á los 60 años es la época más propicia para el desenvolvimiento del glaucoma: 26 enfermos en este cuadro. Y probablemente en esa edad se desarrollaron la mayor parte de los que figuran con senectud más avanzada puesto que casi todos es-

tos enfermos solo recordaban que databa de muchos años el principio de su enfermedad.

Profesiones muy variadas ejercían mis enfermos glaucomatosos; pero la gran mayoría se hallaban sometidos á la acción de un calor elevado. Diez, eran labradores, y en esta profesión es de tenerse en cuenta la intensa radiación solar en nuestra zona geográfica; un marino y un militar, un albañil y cuatro carpinteros que soportan en igual grado que los campesinos el influjo del sol; un herrero, un hojalatero, un maestro de azúcar, un panadero y dos cocineros sometidos á la acción del fuego en los trabajos de su oficio. La otra mitad de los enfermos llevaban una vida sedentaria.

Uno de estos enfermos era alcoholista, uno reumático, uno canceroso (cancer del cuello,) uno presentaba síntomas atáxicos, y otro había sufrido un ataque de hemorragia cerebral con hemiplegia sintomática. Si bien varios de ellos eran sujetos débiles, anémicos, ó tempranamente envejecidos, otros en cambio poseían en alto grado la robustez física, y un estado completo de salud si su afección ocular no los hubiese sumido en una noche eterna. Y hasta aseguramos que la mayoría de los glaucomatosos eran hombres de buena constitución que habían llegado al último tercio de la vida entregados á las rudas labores del campo y de los oficios mecánicos, y que aun despues de ciegos continuaban gozando un estado general de salud envidiable.

El glaucoma es con frecuencia *primitivo*, es decir, que se desarrolla sin causa aparente, ó bien es *consecutivo* á otras afecciones del globo ocular, así, en un caso había exoftalmia, en otro nistagmus, en uno hemorragia de la macula, en otros dos, sinequias anteriores, y en tres, uno de los ojos había sufrido de irido-coroiditis. Todas estas lesiones eran anteriores al glaucoma é indudablemente ejercieron una influencia más ó menos marcada en la producción de dicha enfermedad.

Aunque se ha hecho jugar cierto papel á la refracción en el

desenvolvimiento de esta afección, mi estadística, sin embargo, nada prueba en este sentido. De 16 enfermos en quienes se comprobó el estado de la refracción, 8 eran E. 5 eran H. de una á ocho dioptrias, y 3 M. de una á tres dioptrias.

Con razón se ha establecido que el glaucoma no es una afección inflamatoria.

Ordinariamente su marcha es la siguiente. Sobre un ojo sano aparecen con intervalos neuralgias ciliares de intensidad variable que en algunos casos se propagan á otros ramos de la oftálmica. Después, ó sin que hayan nunca aparecido los dolores ciliares el globo ocular adquiere mayor dureza, la conjuntiva bulbar se hiperemia con facilidad, el enfermo siente pronto fatiga en los ojos, y se ve molestado por una aureola rojiza ó azulada que envuelve los focos luminosos sin tocarlos. Este fenómeno es muy perceptible al contemplar la luna ó la llama de una vela. Pero el enfermo continúa gozando de buena vista sin darse cuenta de los otros síntomas que se desarrollan, y casi siempre se decide á consultar al médico en un periodo ya avanzado de su enfermedad.

En otros casos, el principio del glaucoma es brusco. Un ojo hasta entonces sano se ve sorprendido por un dolor intensísimo que ningun otro puede igualar, y que gráficamente designa el vulgo con el nombre de *punzada de clavo* por la sensación que produce de un instrumento punzante que atravesase el ojo y fuese á encajarse en el fondo de la orbita ó en el cerebro. Este dolor no tarda en extenderse á toda la primera rama del trigemino, la conjuntiva se inyecta, se enturbia la cornea, la vista disminuye ó desaparece, la fotofobia es intensa, y el enfermo desligado de cuanto le rodea yace extenuado de fatiga en un cuarto oscuro durante todos los días que es presa de la neuralgia.

Pasada la crisis el ojo recobra en poco tiempo su aspecto normal; pero el glaucoma sigue su marcha lenta, insidiosa, ó bien aparecen de tiempo en tiempo crisis dolorosas.

La primera forma, llamada *crónica* es la mas comun. Se muestra en ambos ojos, ataca uno primero y cuando este ha alcanzado un grado mas ó menos avanzado comienzan á desenvolverse los mismos síntomas en el congénere. De los 43 casos aqui relatados en 34 era el glaucoma binocular, y no es extraño pensar que en los 9 restantes tambien el segundo ojo estaba condenado á sufrir la enfermedad.

En casi todo ojo glaucomatoso la tensión intraocular está aumentada; así entre estas observaciones era en 31 $T > n$; en solo cuatro era $T = n$, y en otros cuatro $T < n$.

En este punto no estoy de completo acuerdo con los autores que de la materia se han ocupado, entre otros Wecker en su reciente trabajo sobre el glaucoma, que considera el exceso de tensión intraocular como el único síntoma constante de la enfermedad.

En extremo difícil es reconocer en ciertos casos el grado de tensión, y así lo confiesa el citado profesor con la autoridad de su vasta experiencia. Yo así lo reconocí desde el principio de mi práctica tanto que para no seguir observaciones ilusorias abandoné las fórmulas de Bowman y solo he empleado en mis anotaciones tres grados de tensión $T > n$, $T = n$, $T < n$.

Ahora bien, para justificar mi disentimiento con el Doctor Wecker en este particular transcribiré suscintamente la observación clínica de aquellos enfermos en que era $T = n$. y $T < n$, advirtiendo que en ninguna de nuestras observaciones hemos sufrido el influjo de las teorías que pretenden explicar la formación del glaucoma.

Obs. 1ª. Negra de 50 años, glaucoma crónico en ambos ojos, con atrofia de la papila y escavación típica. $V=0$. $T=n$.

Obs. 4ª. Negro de 106 años, glaucoma O. I. con anestesia de la conjuntiva y de la cornea; escavación de la papila que está atrofiada; y opacidad posterior del cristalino. $T=n$.

Obs. 25ª. Blanca de 60 años, glaucoma crónico simple, contra el cual practicó la iridectomia el Dr. Santos Fernández.— $T=n$.—Posteriormente la afección ha avanzado hasta la atrofia de la papila que ofrece una escavación de 0.^m001.

Obs. 37^a. Negro, campesino, de 70 años, glaucoma crónico simple en ambos ojos que empezó á desarrollarse hace cuatro años sin sufrimientos. Disminución de la sensibilidad de la conjuntiva y de la cornea; atrofia de las papilas; excavación total de 3 dioptrías; vasos rechazados del lado interno. V p. l. T = n, ó con poca diferencia.

De estos cuatro casos en solo uno pudo haber preexistido T > n, antes de practicarse la operación. En los demás era evidentemente T = n, y la duda expresada en el último le da mayor fuerza á T = n por cuanto se tiende inconscientemente á completar el cuadro clínico de un diagnóstico formulado con las ideas corrientes en la ciencia.

Veamos ahora los casos en que estaba disminuida la tensión intraocular.

Obs. 21^a. Un francés de 40 años, militar, padecía en Marzo de 1887 de glaucoma crónico en ambos ojos. En O. D., que había sufrido fuertes dolores, se ve el iris á través de la esclerótica por encima de la cornea como si se hubiese operado en dicho sitio. En la parte inferior de la cornea hay un leucoma con enclavamiento del iris. Por debajo y por detrás de la pupila se ve una sustancia blanca de apariencia calcárea que parece un resto del cristalino. El fondo del ojo solo se vé por la mitad superior de la pupila; y casi toda la parte visible la ocupa una capa azulosa sin movimiento que supongo sea la retina desprendida.

O. I. En borde esclero-corneal inferior hay una cicatriz cistoide con adherencia del iris. La pupila es grande y oblonga. El fondo del ojo, E. conserva apariencia normal; pero la pupila es blanco gris, con escavación típica muy profunda, 8 dioptrías.

En ambos ojos la conjuntiva y la cornea son sensibles. V $\left\{ \begin{matrix} O. D. = 0. \\ O. I. = p. l. \end{matrix} \right.$ T $\left\{ \begin{matrix} O. D. \\ O. I. \end{matrix} \right\} < n$

Obs. 23.^a M. de 19 años, presenta atrofiado el O. I. por traumatismo operatorio.

En O. D. hay opacidad difusa de la cornea que está vascularizada superficialmente. Dolores del globo y periorbitarios que se extienden á toda la mitad derecha de la cabeza. T $\frac{1}{2}$ n. No existe cámara anterior; el iris está en contacto con la cornea. V = 0.—Esta afección data de 28 meses; empezó por un dolor persistente en el globo con enturbiamiento de la vista, y cuerpos que se movían en el C. V.—El ojo está sumamente blando.

Obs. 24.—Blanco de 52 años, carpintero, sufrió una iridectomía en ámbos ojos practicada por un compañero en 1882 que curó con cicatrices cistoides en ámbos lados, y hernia del iris en O. I. En un principio mejoró pero actualmente ve menos que antes de operarse.

En O. I. hay una catarata limitada al polo posterior, y está tan turbio el humor vítreo que no pude examinarlo bien. En O. D. H. = 4.^d excavación poco pronunciada; C. v. estrechado arriba y adentro. V $\left\{ \begin{matrix} O. D. = \frac{1}{2} \\ O. I. = p. l. \end{matrix} \right.$ T $\left\{ \begin{matrix} O. D. \\ O. I. \end{matrix} \right\} < n$.

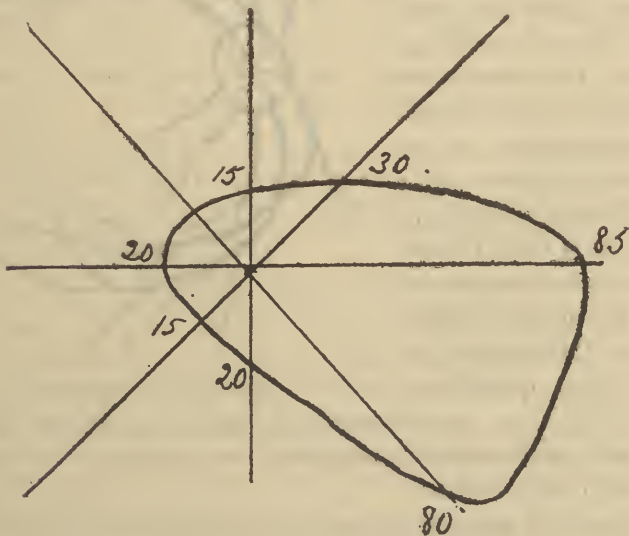
Obs. 39.^a Una profesora, de 63 años, bien constituida, me consultó en Marzo de 1888, por una enfermedad de los dos ojos, que debió en O. I. hace muchos años por una punzada de clavo, de cuyas resultas ese ojo es mas pequeño y blando que el D. En este los vasos hacinados del lado interno se encurban bruscamente para descender á la papila que está á 0.^m002 de profundidad. Ve al rededor de las luces un arco-iris que llega á tener hasta 1.^m de diámetro, y diversos colores (azul, verde, rojo, etc.).

V $\left\{ \begin{matrix} O. D. \\ O. I. \end{matrix} \right\} = \frac{1}{2}$ T $\left\{ \begin{matrix} O. D. > n. \\ O. I. < n. \end{matrix} \right.$

Resulta, pues, que el sujeto de la obs. 21^a padecía un glaucoma típico de marcha crónica, con una excavación patognomónica considerable en O. I. y sin embargo era T < n.

En la obs. 24ª que confirma el diagnóstico de glaucoma el tratamiento seguido por mi ilustrado colega, pudiera tal vez atribuirse á la operación la disminución de la tensión. Las obs. 23ª y 39ª no presentaron el cuadro completo por mas que eran evidentemente glaucomatosos; y el O. I. de la última observación habia entrado probablemente en una fase regresiva que no es comun en esta enfermedad.

El C. v. se estrecha en el glaucoma de un modo característico. Se realiza una disminución progresiva de los porciones superior é interna del C. v. que al cabo de mucho tiempo queda totalmente abolido; pero no ataca el punto de fijación hasta un periodo avanzado de la enfermedad. La vista disminuye tambien progresivamente, pero no en relación con el estrechamiento del C. v. Este síntoma precede á la disminución de la vista. Cuando ya está notablemente estrechado el C. v. la intensidad visual desciende con mas ó menos rapidez, hasta desaparecer en definitiva.



O. D.—C. v. de glaucoma.—Nº 721.

Coincide con estos síntomas y es causa de ellos la atrofia del nervio óptico por la compresión excesiva que sobre la papila ejercen los líquidos intraoculares.

En todos los casos de glaucomas francos que permiten el exámen oftalmoscópico se comprueba en un periodo avanzado la atrofia y excavación de la papila. Este último es el signo patognomónico del glaucoma. No insistimos sobre sus caracteres que son los expuestos en los tratatados clásicos. Ni tampoco diremos nada de otros fenómenos accesorios que serán descritos en las observaciones que terminan este capítulo. Sobre el reflejo verde del cristalino leimos una comunicación á la Sociedad de Estudios Clínicos en 1887.

El glaucoma, haya empezado de un modo insidioso, como generalmente acontece, ó bien por un ataque doloroso, sigue una marcha esencialmente crónica. De tiempo en tiempo se manifiestan crisis dolorosas con inyección vascular de la conjuntiva, y disminución de la vista. Pasada esta crisis desaparecen los fenómenos neuralgicos é irritativos, pero la vista queda disminuida; y con estas alternativas sigue la enfermedad su curso, hasta perderse toda percepción luminosa en el transcurso de uno ó varios años.



Excavación glaucomatosa.

A veces se enturbia la cornea, y sus filetes nerviosos sensitivos sufren alteraciones graves, que hacen á la membrana com-

pletamente insensible. El iris se atrofia, y ofrece la pupila dilatada y oblonga transversalmente.

Por detrás de la pupila se percibe un reflejo verdoso. El cristalino es asiento de alteraciones nutritivas; se desarrolla una opacidad en su región polar posterior, que puede adquirir lentamente mayores dimensiones. El ojo se hace mas duro, se estrecha el campo visual, y disminuye la vista, y en fin, al cabo de un tiempo casi siempre prolongado el enfermo pierde totalmente las funciones del mas noble de los sentidos.

Véanse ahora algunas observaciones típicas de glaucoma.

Obs. 12^a. Billetero, de 50 años, robusto. Desde hace cinco la vista ha disminuido progresivamente, sintiendo en los ojos dolores de los llamados *punzada de claro*, que nunca han sido muy fuertes, pero si frecuentes.

O. D. ve solamente los bultos cuando proyectan sombra sobre la retina, ó cuando aparecen sobre un fondo muy iluminado. O. I. cuenta los dedos á 1^m. de distancia.

$$T \begin{cases} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{cases} > n.$$

Examen oftalmoscópico. Es casi igual para ambos ojos. Papilas grises, brillantes, en cuyo fondo se ve claramente la lámina perforada. Vasos de la retina de calibre y disposición normal, percibiéndose el doble contorno de las arterias y de las venas; al llegar á la papila descienden bruscamente describiendo un codo en ángulo recto, y desaparecen para volverse á presentar al nivel de la papila á 3 dioptrías de profundidad.—La retina y la coroides conservan su aspecto normal.

Obs. 15.—Negro, de 32 años, carpintero. Desde hace tres años se le enturbió la vista por un velo espeso que se le interponía delante de los objetos impidiéndole trabajar.

Cornea es transparente; iris, contractil. M=2^d.—Excavación de las papilas; los vasos retinianos normales en apariencia descienden por el borde interno de la papila. Estas tienen color gris, y en su fondo se ve la lámina perforada.—Resto del fondo del ojo, normal.—T > n. Algun tiempo despues un conprofesor practico la iridectornia sin resultado positivo.

Obs. 26^a. Blanco de 35 años, hojalatero.—Glaucoma crónico simple. Excavación de 6 dioptrías en ambos ojos, papila O. D. ligeramente gris, pero la de O. I. con atrofia completa. Los vasos de la retina descienden bruscamente á la papila formando un codo bien manifiesto. Cristalinos con una opacidad vertical y una zona turbia al rededor.—Pupilas medianamente dilatadas. $\sqrt{\begin{cases} \text{O. D.} = 1/12. \\ \text{O. I.} = 1/24. \end{cases}}$ Ve mejor á la luz crepuscular. T > n.

Obs. 40^a. Glaucoma crónico en ambos ojos. Notable excavación; los vasos gruesos rechazados del lado interno y de apariencia normal, describen una fuerte curva para descender al fondo de la papila, á 6 dioptrías de profundidad (0^m02 próximamente.)

La lámina perforada es visible y sobre ella se percibe el tronco de los vasos. Cámara anterior poco profunda. Pupila dilatada, inmóvil. Fotopsias, T > n. V=p. l.

Todos estos que acabamos de describir son casos típicos de glaucoma con aumento de la tensión intraocular, alteraciones de la cornea y del iris, excavación y atrofia de la papila del nervio óptico, é integridad de la retina, de la coroides y del humor vitreo. Pero esta afección aun no bien definida presenta en muchos casos cuadros clínicos variados que son obstáculo para establecer un buen diagnóstico. Contribuye á mantener la confusión la ignorancia en que estamos sobre la causa verdadera. Así mientras unos no formulan la palabra *glaucoma* sin exceso de la tensión intraocular, otros no reconocen más que la excavación papilar como síntoma de valor indiscutible; y otros en fin, se atienen á un conjunto más ó menos completo de los fenómenos glaucomatosos.—Nosotros en más de un caso hemos dudado al formular el diagnóstico, y confesamos que entre los casos inscritos los hay tan semejantes, que tomando dos de los más distintos podían suponerse enfermedades diferentes. A pesar de una observación detenida aun no hemos fijado nuestra opinión sobre la causa del glaucoma. (1)

Terminaremos este estudio con la descripción de un caso de glaucoma con hemorragia de la macula.

Obs. 30. O. D. Borde de la papila irregular. Pequeños puntos hemorrágicos en la macula. Centro de la retina turbio, sus vasos describen un codo pronunciado, desaparecen, para volver á mostrarse sobre la papila, que está atrofiada, y á 4 dioptrías de profundidad R.—E. $T > n$. C. v. estrechado.—V—1/12.

O. I. Papila gris, atrofica, de bordes irregulares, no excavada. Pequeñas hemorragias de la retina á lo largo de los vasos. Dos grandes placas de atrofia de la coroides en región de la macula atravesadas por vasos de la retina normales.

HALITIS.

Hasta hoy día no se han deslindado bien los síntomas para diagnosticar esta enfermedad, así no es extraño que haya divergencia en cuanto á su frecuencia entre los profesores que se han ocupado de la materia. Yo por mi parte solo he inscrito como *hialitis* el caso de una lavandera no sifilítica de

(1) Véase el cuadro de "Observaciones de Glaucoma."

35 años, que se quejaba de que vió aparecer ocho días antes, delante de su ojo derecho un velo con puntos negros que le impedía distinguir bien los objetos. En efecto, el humor vitreo estaba tan turbio, que me fué difícil establecer la integridad de la retina y de la coroides. Con +8^d se veía en dirección infero-interna de la papila una opacidad en forma de tela ancha con puntos negros diseminados.

También hubiera podido diagnosticar de hialitis condensante el aspecto que presentaba el O. D. de un individuo que se disparó un tiro de revolver en la sien. La pupila estaba dilatada; no existía cristalino. En la parte declive de la cámara profunda reposaba una masa blanca voluminosa, con restos de vasos, que tal vez era el cristalino enquistado; y todo el humor vitreo turbio que impedía distinguir el fondo del ojo.

COPOS DEL HUMOR VITREO.

Tres formas de opacidades flotan en el humor vitreo: finas,

Num.	Sexo.	Raza.	Edad.	Profesión.	Ojo enfermo	Causa.	Retraccion.	Forma.
1	V.	B.	32	Dentista...	D.	Hem. macula	E.— luego M	Gruesos.
2	V.	B.	35	.....	I.	.....	.....	Masa blanca
3	V.	M.	40	Labrador...	I.	Glaucoma agudo?	.....	Pequeños.
4	V.	Ch.	40	Labrador...	I.	.....	E.	Pequeños.
5	V.	B.	60	Hacendado	D.	H. macula...	M. progrs.	Grande.
6	V.	B.	50	Abogado ...	D.	.....	M.	Pequeños.
7	H.	B.	52	Costurera...	I.	.....	.....	.....
8	V.	B.	39	Aduanero.	D.	Ambl. alcoh?	.....	Pequeños.
9	V.	B.	55	Propietario	I.	Trauma.	M. ....	.....
10	V.	B.	37	Carpintero	I.	.....	.....	.....
11	V.	B.	35	Labrador ..	I.	.....	.....	.....
12	V.	B.	36	Tipógrafo..	D. I.	.....	M. ....	.....
13	H.	B.	56	Costurera .	D. I.	.....	H. ....	.....
14	H.	B.	68	Su casa	I.	.....	M.	Membranosos.
15	V.	B.	22	Comercio...	D.	.....	.....	Membranoso.
16	V.	B.	35	Lavandera	D.	.....	.....	Membranosos.

gruesas y membranosas.

Del finísimo polvo que enturbia este líquido, sintomático de la corio-retinitis sifilítica nos hemos ocupado al describir

esta afección. Ahora lo haremos de las otras dos formas, aunque someramente, puesto que los copos no constituyen una enfermedad sino solamente un síntoma de diversas afecciones que se describirá naturalmente en cada una de ellas.

Los traumatismos, el esceso de la tensión ocular, las hemorragias de las membranas profundas pueden verter algunas gotas de sangre en el humor vítreo donde flotan bajo forma de copos. Con otras afecciones coinciden los copos sin que se comprenda la relación que entre ambas existe. Es notable la frecuencia de la miopía en los sujetos que sufren este accidente. Este hecho que confirma mi estadística es conocido desde hace mucho tiempo. La tirantez de la retina y la coroides por alargamiento progresivo del eje ocular explica esas hemorragias cuyos restos flotan en el humor vítreo.

Son los copos más frecuentes en los hombres, en la raza blanca, y en la segunda mitad de la vida. Ordinariamente monoculares, y en casi igual proporción para cada uno de los ojos, pueden verse también sobre ambos á la vez.

Se designan con el nombre de *moscas volantes* los copos pequeños de formas variadas (anillo, cadenas &c.) que se observan sobre ojos normales, y que se conservan en el mismo estado sin que otras alteraciones vengan á darle significación patológica. Pero ordinariamente son los copos cuerpos negros redondos ó alargados que se mueven en el humor vítreo y corresponden á diversas manifestaciones morbosas.

Cuando son grandes generalmente solo existen uno ó dos, como sucedió en las obs. 1ª y 3ª en que fueron originados por hemorragias de la macula. En el individuo de la obs. 2ª se veía una masa blanca en humor vítreo, que probablemente sería un depósito de fibrina de la sangre despues de la reabsorción de su materia colorante.

El examen de los copos del humor vítreo da la medida de la consistencia de este líquido. Si conserva su densidad normal, los copos tienen movimientos limitados; pero si se agitan

estos con rapidez al menor movimiento del ojo son una señal cierta de su reblandecimiento.

Los copos son compatibles con una vista de intensidad normal; especialmente si tienen regular volumen y son poco numerosos flotando en un humor vítreo perfectamente transparente. En este caso solo son perceptibles cuando atraviesan el eje visual; la retina bien pronto se habitúa y hace abstracción de su presencia en cualquiera otra posición. Los copos en polvo de la corio-retinitis son los que ocasionan un desorden mayor de la vista; el enfermo cree ver los objetos á través de un velo más ó menos espeso que reduce considerablemente su agudeza visual.

La mujer de la obs. 14^a que se consultó por la disminución de la vista, presentaba en ambos ojos cataratas iniciadas por algunas estrias periféricas, y en O. I. flotaban en humor vítreo un copo membranoso con prolongaciones filiformes en dos sentidos, y visible con +10.^d; y en el fondo junto al borde de la papila por detras de los troncos vasculares superiores se veía una placa blanca, semejante á una nube y de límites inciertos.

En O. D. de la obs. 15^a coincidía un copo membranoso con una neuro-retinitis hemorrágica. Con +8^d se percibía en O. D. de la obs. 16^a una opacidad en forma de membrana con puntos negros siguiendo la dirección infero-interna de la papila. Estos dos casos corresponden á las hemorragias intravaginales de que habla de Wecker.





AFECCIONES DEL CRISTALINO.

Las enfermedades de la lente cristalina representan el 10.59% de todas las afecciones oculares en nuestra estadística.

En este grupo se estudian las cataratas y las luxaciones de la lente.

Entre las primeras hemos observado, y describiremos las siguientes variedades:

Lenticulares	{	congenita.
		senil. (<i>duras</i>)
		traumática. (<i>blandas</i>)
Capsulares	{	regresiva.
		capsular completa.
		secundaria.

27/6-11#

CATARATA CONGÉNITA

De esta forma he visto dos casos en extremo interesantes.

He aquí la observación del núm. 311 publicada en la Crónica-médico-quirúrgica, Julio de 1887.

Varon, blanco, de 43 años de edad, presenta en ámbos ojos cataratas congénitas centrales. Estas son muy aparentes, bien limitadas, blancas, de aspecto calcáreo, circulares, que dejan una zona libre de pupila á través de la cual pasa luz suficiente.

O. I. Cámara anterior muy reducida. La opacidad tiene 0^m 003 diámetro; sus bordes son irregulares, pero sin estrias. En la parte central de la misma, existe una pinta irregular amarillenta y superficial. El iris apenas se dilata con atropina.

Distingue bultos, pero no puede contar los dedos.

En O. D. la catarata tiene 0^m 002 diámetro; está perfectamente limitada. La cámara anterior está muy disminuida. Iris contraído continuamente, no reacciona á la luz, pero deja, sin embargo, un estrecho anillo de pupila libre.

OBSERVACIONES DE CATARATA SENIL.

Inscripción.	NUM.	SEXO.	RAZA.	EDAD.	PROFESION.	Constit. y diatesis.	Ojo enfermo.	Antigüedad.	ESTADO.	ASPECTO.	COLOR.	V.	C. V.	T.	AFECCIONES OCULARES CONCOMITANTES.	Otras afecciones.	OBSERVACIONES.
1	1	V.	N.	75	Labrador	Robusta	D. I.	.....	Incompletas	.....	.....	Bultos	n	n	.....	.....	.....
9	2	V.	B.	102	Marino	Robusta	D. I.	12 años	Completas	.....	Nacarado	p. l.	n	n	.....	.....	.....
10	3	H.	B.	55	Su casa	Buena (enjuta)	D. I.	14 años	Completas	.....	Nacarado	p. l.	n	n	.....	.....	.....
12	4	H.	B.	65	Su casa	Buena	D. I.	.....	Completas	.....	.....	p. l.	n	n	Nubécula O. D.	.....	.....
13	5	V.	B.	38	.....	Buena	D. I.	.....	Completas	Semi dura	Blanquecino	p. l.	n	n	.....	.....	.....
17	6	H.	B.	70	Su casa	Buena	D. I.	.....	Parcial	Estrias	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
18	7	H.	B.	61	Su casa	Buena (enjuta)	D. I.	15 años	Completos	Punteado superficial	Nacarado	p. l.	n	n	.....	.....	.....
40	8	H.	N.	70	Labradora	.....	D. I.	.....	Completos	.....	.....	p. l.	n	n	Leucoma central.	.....	.....
66	9	H.	B.	58	Su casa	Buena	D. I.	2 años	Completos	Estriado	Blanquecino	p. l.	n	n	.....	Loeura	.....
74	10	H.	N.	40	Su casa	Debilitada	D. I.	3 años	Debilitada	Uniforme	Blanquecino	p. l.	n	n	.....	Glicosuria	.....
88	11	V.	B.	68	Labrador	Buena	D. I.	2 años	Parcial	Nucleolar	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
93	12	V.	N.	60	Labrador	Robusta	D. I.	.....	Completas	.....	.....	p. l.	n	n	Leucoma O. I.	.....	.....
109	13	V.	B.	60	Adanero	.....	D. I.	.....	Parcial	Nucleolar	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
113	14	H.	B.	57	Su casa	Débil	D. I.	1 año	Parciales	De 60 mirado O. D.	.....	Bultos	n	n	.....	.....	.....
120	15	V.	N.	86	Labrador	Robusta	D. I.	.....	Incompletas	Estriado	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
123	16	V.	N.	106	Labrador	Robusta	D. I.	10 años	Completos	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
129	17	H.	N.	50	Su casa	Sana	D. I.	.....	Parciales	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
147	18	V.	B.	75	Labrador	.....	D. I.	3 años	Completos	Semi-duro	Blanquecino	p. l.	n	n	.....	Cardiaco	.....
148	19	V.	B.	45	Labrador	Buena	D. I.	3 años	Casi completos	Medio-duros	Blancos	p. l.	n	n	.....	.....	.....
149	20	V.	N.	70	Labrador	Buena	D. I.	.....	Parciales	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
150	21	V.	Ch.	60	Labrador	.....	D.	.....	Completo	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
152	22	V.	B.	45	Comerciante	Buena (gmeso)	D.	.....	Completo	.....	Blanco	p. l.	n	n	.....	.....	.....
154	23	V.	N.	85	Labrador	Robusta	D.	.....	Completo	Capsulo-lent.	.....	O	O	> n	.....	Glaucoma. Exoftalmia	.....
164	24	V.	B.	52	Labrador	Debilitada	D. I.	.....	Completos	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
173	25	H.	B.	53	Su casa	Buena (enjuta)	D. I.	6 años	Completos	.....	Amarillento	p. l.	n	n	.....	.....	.....
176	26	V.	B.	55	Escribiente	Débil	D.	.....	Nucleolar	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
180	27	V.	B.	79	Labrador	Debilitada	D. I.	4 años	Casi completos	.....	Blanquecino O. D.	Bultos	n	n	.....	.....	Operado por Menoel
198	28	V.	Ch.	60	Labrador	Débil	I.	.....	Parcial	.....	Amarillento O. I.	Bultos	n	n	.....	.....	Operado por Menoel
201	29	V.	Ch.	50	Labrador	.....	D. I.	.....	Completos	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
206	30	V.	B.	58	Calderero	.....	D. I.	.....	Parciales	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
225	31	V.	B.	51	Tabaquero	.....	D. I.	.....	Parciales	Nucleolares	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
244	32	V.	B.	60	Labrador	Buena	D. I.	6 años	Nucleolares	.....	Rojizo	p. l.	n	n	.....	.....	.....
254	33	V.	Ch.	44	Labrador	Buena	D.	.....	Parciales	Nucleolares	Blanquecino	p. l.	n	n	.....	.....	.....
285	34	V.	B.	55	Marino	Buena	I.	1 mes	Cortical	Estriados	Blanquecino	cta. dedos	n	n	.....	.....	O. D. cristalino transparente
317	35	H.	B.	60	Su casa	Buena	D. I.	5 años	Nucleolar	.....	.....	cta. dedos	n	n	.....	.....	.....
321	36	H.	B.	62	Su casa	.....	D. I.	20 años	Nucleolar	.....	.....	cta. dedos	n	n	.....	.....	.....
322	37	H.	B.	80	Su casa	Buena	D. I.	2 años	Parcial	Estriado	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
340	38	H.	M.	90	Su casa	Buena	D. I.	3 años	Incompleto	Estriado	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
347	39	V.	B.	58	Marino	Débil	D. I.	2 años	Completos	.....	Blancos	p. l.	n	n	.....	.....	.....
352	40	V.	B.	80	Escribiente	Débil	D. I.	.....	Incompletos	Estriados	Nacarados	cta. dedos	n	n	.....	Cardiaco	.....
356	41	V.	B.	74	Labrador	Robusta	D. I.	3 años	Completos	Nucleo rojizo	Blancos	cta. dedos	n	n	.....	.....	.....
360	42	H.	B.	59	Su casa	Sana	D. I.	2 años	Completos	Nucleo ambarino	Nacarados	p. l.	n	n	.....	.....	.....
363	43	H.	B.	55	Su casa	Sana	D. I.	6 años	Completos	Nucleo ambarino est. central	Blanco	p. l.	n	n	.....	.....	.....
377	44	V.	B.	41	Dependiente	Robusta	D. I.	.....	Completos	Nucleo ambarino	Blanco	p. l.	n	n	.....	.....	.....
380	45	V.	B.	80	Labrador	Buena	D. I.	.....	Parciales	Estriados	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
394	46	V.	B.	58	Hacendado	Buena	D. I.	.....	Parciales	Estrias periféricas	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
411	47	V.	B.	60	Hacendado	Buena	D. I.	.....	Parciales	Estrias periféricas	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
434	48	V.	B.	70	Marino	Robusta	D.	2 años	Completo	Estrias centrales	Nacarado	p. l.	n	n	.....	.....	O. I. operado por Carron de Villars en 1851
436	49	V.	B.	54	Labrador	Robusta	D. I.	2 años	Completos	Estrias centrales	Verdoso	p. l.	n	n	.....	.....	.....
458	50	H.	B.	50	Costurera	Buena	I.	.....	Parcial	Nucleo blanquec. estrias perif.	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
477	51	V.	Ch.	60	Labrador	.....	I.	.....	Nucleolar	.....	Blanco	p. l.	n	n	.....	.....	.....
490	52	H.	B.	51	Cocinera	Buena	D. I.	4 meses	Nucleolar	.....	Blanquecino	p. l.	n	n	.....	.....	.....
501	53	H.	B.	55	Cocinera	Buena	D. I.	4 años	Parcial	Estrias periféricas	Amarillentos	p. l.	n	n	.....	.....	.....
502	54	V.	B.	76	Militar	Robusta	D. I.	.....	Completo	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
511	55	V.	Ch.	61	Labrador	Débil	D. I.	.....	Parcial	.....	Blanco-ambarinas	p. l.	n	n	.....	.....	.....
531	56	H.	B.	58	Su casa	Buena	I.	1 año	Completo	Estriado	Nacarado	p. l.	n	n	.....	.....	O. D. operado por Marban 1886
535	57	H.	B.	75	Su casa	Buena	D. I.	.....	Parciales	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
539	58	V.	B.	57	Enfermero	Débil	D. I.	8 meses	Nucleolares	.....	.....	1/13	n	n	.....	.....	.....
598	59	V.	B.	47	Dependiente	Débil	D. I.	.....	Parciales	Estrias	.....	cta. dedos	n	n	.....	.....	Contractura 7 ^a par izq.
606	60	V.	N.	60	Tostador café	Buena	D.	2 años	Completo	.....	Ambarina	p. l.	n	n	.....	.....	O. D. atrofia del bulbo
625	61	H.	B.	50	Su casa	Buena	I.	.....	Completo	.....	Blanco-amarill.	p. l.	n	n	.....	.....	.....
631	62	V.	B.	56	Hacendado	Buena	D. I.	2 años	Nucleolares	Duro	Blanquecino	Bultos	n	n	.....	Reumático	.....
633	63	V.	B.	59	Escribiente	Buena	I.	.....	Parcial	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
634	64	V.	B.	52	Carpintero	.....	I.	.....	Completo	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
657	65	V.	Ch.	57	.....	.....	D. I.	10 años	Completos	.....	Amarillento	p. l.	n	n	.....	.....	.....
679	66	H.	B.	54	Su casa	.....	D. I.	4 años	Completos	.....	Nacarado	p. l.	n	n	.....	.....	.....
700	67	V.	B.	55	Marino	Buena	D. I.	3 meses	Parciales	Nucleolares	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
706	68	H.	B.	56	Costurera	Buena	D. I.	2 años	Completos	.....	Nacarados	p. l.	n	n	.....	.....	.....
709	69	V.	B.	51	Maestro azúfc.	Buena	I.	8 años	Completo	Cortical	Blanco	O	> n	> n	.....	.....	.....
727	70	H.	B.	70	Su casa	Eczematosa	D. I.	.....	Parcial	Nucleolar y estriado	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
741	71	V.	N.	85	Labrador	Robusta	D. I.	2 años	Completos	Duro	Nacarados	p. l.	n	n	.....	.....	.....
760	72	V.	B.	60	Comercio	Buena	D. I.	.....	Parciales	Estriadas	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
761	73	H.	B.	68	Su casa	Anémica	D. I.	.....	Parciales	Estriadas	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
766	74	V.	B.	36	Herrero	Buena	D. I.	9 años	Completos	Estriadas	Blanquecino	p. l.	n	n	.....	.....	.....
773	75	V.	B.	46	Albañil	Alcoholista	D. I.	.....	Completos	Nucleolar y estriados	Blanquecinos	p. l.	n	n	.....	.....	.....
775	76	V.	B.	66	Zapatero	Artrítico	D. I.	.....	Completos	.....	Nacarados	p. l.	n	n	.....	.....	.....
776	77	V.	B.	57	Marino	Alcoholista	D.	.....	Completo	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
781	78	H.	B.	50	Su casa	Buena	D. I.	.....	Completos	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
783	79	V.	N.	60	Labrador	Buena	D. I.	.....	Completos	Duro	.....	O	> n	> n	.....	.....	.....
788	80	H.	B.	64	Su casa	Buena	D. I.	.....	Parcial	Opacidad del nucleo	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
796	81	H.	B.	59	Su casa	Linfática	D. I.	3 años	Completos	.....	.....	Bultos	n	n	.....	.....	.....
802	82	V.	B.	69	Carpintero	Buena	D. I.	.....	Completos	.....	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
803	83	V.	B.	54	Cartero	Buena	D. I.	.....	Completos	.....	Blanquecino	p. l.	n	n	.....	.....	.....
811	84	H.	N.	46	Lavandera	Buena	D. I.	.....	Completos	.....	Blanco-rojizo	p. l.	n	n	.....	.....	.....
813	85	H.	N.	50	Su casa	Buena	D. I.	5 años	Parciales	Estriadas	.....	p. l.	n	n	.....	.....	.....
831	86	V															

V.—I. Globo ocular prolongado. Miopia considerable; punto remoto á 0^m01 por delante de la córnea. A esta distancia coloca los periódicos que lee diariamente.

En ambos ojos *nistagmus* horizontal y rotatorio. No puede dirigir las pupilas arriba ni abajo.

Estas cataratas datan desde su nacimiento: dice al ménos que desde los primeros años veía del mismo modo que ahora. Así aprendió á leer y escribir. Pero para conducirse necesita además el auxilio de un baston.

Este individuo tiene cuatro hijos que tambien acercan mucho el libro para leer, pero no logré examinarlos para cerciorarme de si heredaron las cataratas ó solamente la miopia.

Como las pupilas no se dilataron con la atropina no me fué posible hacer una observación completa de estas cataratas

El segundo enfermo era un negrito, de 17 años, sistemcino, de constitución delicada. Presentaba en

O. D. Catarata zonular. En el eje del cristalino se ve una mancha blanco brillante, opaca, de 0.^m002 de diámetro, de la cual parten numerosos radios limitados por una circunferencia igualmente opaca que tiene de 0.^m005 á 0.^m006 diámetro.

Con el oftalmoscopio se ven sobre el fondo rojo del ojo, todas estas opacidades de color negro, situadas en el centro de la lente, y perfectamente limitadas en medio de un cristalino transparente. Se ven los detalles del fondo del ojo. La intensidad de la vista es bastante buena para permitirle ejercer su oficio de tabaquero.

O. I. Catarata membranosa, calcárea; ocupa toda la extensión del cristalino; su color blanquecino es irregular, sin ese aspecto de emulsión lechosa de las cataratas blandas. V==p. l. La madre del enfermo no recuerda la época en que notó esta catarata; pero ambos aseguran que no es de origen traumático.

Lo probable es que ambas cataratas sean congénitas; y en este caso llama la atención la variedad tan distinta que ha invadido cada ojo.

CATARATA SENIL.

Bajo este epígrafe comprendemos todas las cataratas desarrolladas en la vejez, ó en cristalinios envejecidos prematuramente. Esta forma tiene por carácter que la diferencia de las

demás variedades la esclerosis del núcleo ó de todo el cristalino, y son por consiguiente duras. Esta cualidad es de importancia principal, porque traza la indicación quirúrgica que debe seguirse en su tratamiento.

Para evitar subdivisiones que confundirían el texto incluímos en el mismo cuadro las cataratas duras simples, y las cataratas duras complicadas. Al describirlas, pondremos ejemplos de las siguientes variedades:

Cats. duras	{	simples..... complicadas...	{	con esclerosis total. corticales (<i>medio duras.</i>) con enfermedades generales. con enfermedades oculares.
-------------	---	--------------------------------	---	--

Las cataratas seniles son, según nuestra estadística, dos veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres; así la hemos observado en 66 de los primeros, y en 36 de las segundas. Al ocuparnos de las causas y de las profesiones veremos las razones de esta diferencia.

La frecuencia de la catarata senil varía en las diferentes razas. Nuestro cuadro acusa para la

Blanca.....	74
China.....	8
Negra.....	19
Mulata.....	1

Han sido, pues, proporcionalmente más frecuentes en los chinos, que solo componen 1/33 de la población blanca; pero estando la raza amarilla en Cuba representada solo por varones adultos y sobre todo ancianos, debemos suponer que á esta circunstancia en gran parte obedece la diferencia á favor de los chinos.

En cambio, la raza negra á pesar de hallarse más expuesta por sus profesiones á las causas de cataratas que las dos anteriores, da sin embargo un contingente inferior de cataractados.

Creo que para explicar esta notable diferencia intervenga como factor principal la pigmentación de los tejidos. En efecto, los chinos tienen la piel amarillo pálida, y el iris pardo claro, con regular pigmentación de la coroides; los blancos de este país, aparte el color trigueño de la piel, tienen el iris pardo, y la coroides pigmentada del mismo modo que los chinos; pero en cambio, la raza negra se distingue por el color moreno de la piel, tienen los iris, de un tinte moreno tan oscuro que parecen negros, y es tal la abundancia del pigmento en la coroides, que es penoso reconocer el fondo del ojo con el oftalmoscopio, y sería tarea imposible para quien no estuviese habituado.

Juega algún papel la pigmentación como causa de catarata como indudablemente lo tiene el calor á que están sometidos los individuos? Obra absorviendo el exceso de calor y luz? á defecto de pigmento, el calor elevado desecará el cristalino? El hecho es que la naturaleza ha provisto de coloración blanca á los habitantes del Norte, y de un tinte moreno á los del Ecuador. A que obedece esta variedad de color?.....

He observado esta variedad de catarata en individuos de 36 años en adelante. El cuadro adjunto que expresa grupos

+ 30	+ 40	+ 50	+ 60	+ 70	+ 80	+ 90
2	12	39	24	15	7	3

de cataractados por decadas de años, demuestra que la enfermedad es sumamente rara antes de los 40 años, poco común entre 40 y 50, adquiere su mayor frecuencia de los 50 á los 60 años, se mantiene con alguna disminución hasta los 70, y luego decrece rápidamente.

El sujeto de 36 años, era un herrero, blanco, de pelo casta-

ño, cuyas cataratas eran adquiridas, y en modo alguno hereditarias, el cual presentaba en

O. I. Catarata, completa, blanquecina, con algunas estrias y puntos blancos. Iris contractil. V=p. l. C.v.=n. T.=n.

O. D. Catarata incompleta, que dibuja en el centro la estrella triangular del cristalino, y estrias cortas y numerosas en el ecuador. Distingue con alguna dificultad las personas y los objetos.

Dice que principiaron hace 9 años. Hay por consiguiente que acusar como causa el calor continuado del fuego de la fragua.

Despues de la extracción de la de O. I. se confirmó que era cortical de núcleo duro y capas superficiales blandas.

El otro enfermo de menos de 40 años, era un hombre blanco de 38, del cual no se tomó la nota detallada.

Pero las cataratas generalmente empiezan á desarrollarse despues de los 50 años, y tardan uno ó varios años en completarse. Sin embargo hay cataratas, las nucleolares, que tardan muchos años en opacificar las capas corticales.

Fácilmentè se comprende, porqué se inscriben escaso número de cataractados despues de los 80 años. Muchos se han consultado anteriormente, la gran mayoría no alcanzan edad tan avanzada, y un corto número ha sido ya operado.

La constitución de los cataractados es ordinariamente buena; con frecuencia robusta. Entre estos enfermos abundan las personas enjutas de carnes, de piel arrugada. No dejan sin embargo de observarse algunas veces en individuos gruesos y hasta obesos.

Algunos enfermos eran de temperamento linfático, anémicos, de constitución debilitada por las penas y otras causas deprimentes del ánimo. Un corto número sufrían vicios constitucionales: eczema, 1—alcoholismo, 3—artritis, 2—raquitismo—1 lepra, 1—cáncer, 1—glicosuria, 1—afecciones cardiacas, 2—epilepsia, 1.—

Bien conocida es la catarata diabética, y la influencia que tienen en la producción de esta enfermedad las afecciones cardiacas. Igualmente pueden producirlas la lepra por alteraciones de la nutrición local, y el alcoholismo que determina el ateroma de las arterias.

Véanse algunos ejemplos de cataratas en casos de enfermedades generales.

Catarata en un diabético.—Negra, de unos 40 años, cuyas orinas contienen gran cantidad de azúcar. Cataratas blanquecinas, completa en O. D. incompleta en O. I. V=p. I. C. v=n.--Por la extracción de una de ellas se vió que era de núcleo duro y capas coréales blandas. (*Catarata cortical*).

Catarata en un cardíaco.—Blanco, campesino, de 75 años, con facies cardíaca, piernas hinchadas, y lesión valvular, de la cual murió algun tiempo despues. Padeía cataratas dobles completas, desde tres años antes.

Catarata en un cardíaco.—Marinero, blanco, 58 años con lesión mitral, pulso pequeño, irregular, edema de los pies, padece de cataratas en ámbos ojos, blancas, como una nube irregularmente extendida por el cristalino.

Con la existencia de la catarata han coincidido diversas enfermedades oculares. No me detendré en las conjuntivitis, leucomas, ni otras afecciones que ninguna relación tienen con la catarata. No sucede lo mismo con el glaucoma, coroiditis, sinequias, que determinan trastornos de nutrición capaces de alterar la transparencia del cristalino, y los defectos de refracción que por los esfuerzos á que obligan el musculo ciliar podrian también influir en la producción de las cataratas.

«Inscripc. 123.—Negro, labrador, de 106 años.

O. I. Glaucoma crónico simple, sin aumento de tensión, pero con anestesia de la conjuntiva y de la cornea, reducción típica del C. v. y excavación de la papila del nervio óptico, que está blanca, atrofiada. V=O.—Opacidad del polo posterior del cristalino, que creo depende del glaucoma.

O. D. Catarata completa, dura, que data de 10 años. V.=O. Este ojo es también glaucomatoso de un modo manifiesto.»

Nº. 154.—Negro africano, de 85 años, labrador.

O. I. Leucoma. No existe cámara anterior. $T > n$. V.=O.—Por lo tanto, glaucoma en su último período.

O. D.—Glaucoma, con opacidad difusa del cristalino, y una manchita blanca en la cristaloidis anterior. V.=O.

Exoftalmia en ambos ojos.»

•Nº 709. Maestro de azúcar, blanco de 51 años, sufre en ambos ojos de glaucoma crónico simple, con todo su cortejo sintomático. V O.

O. I. Catarata blanquecina de aspecto semiblando, que cree se desarrolló á consecuencia de una neuralgia del maxilar superior.

«783.—Negro, labrador, de 60 años, con glaucoma crónico simple bien caracterizado en ambos ojos, y que lo tiene ciego desde ocho años antes.

O. D. Opacidad del nucleo del cristalino.

O. I. Catarata completa, blanco-amarillenta, muy abultada, sin estrias.»

«846.—Negro, labrador, de 70 años, con glaucoma crónico simple en ámbos ojos, y atrofia de la papila, presentaba una opacidad difusa en el cristalino izquierdo en el momento del primer examen; y despues he visto desarrollarse opacidades periféricas en ambos cristalinios.»

«1000.—Carpintero, blanco, de 53 años, que había ingresado en 1888 en el Hospital Mercedes por un cáncer voluminoso ulcerado del cuello, padecía además de glaucoma crónico simple en ambos ojos. $T > n$.

O. I. Catarata casi completa que impide ver el fondo del ojo.

O. D. Núcleo del cristalino opaco.—Papila atrofiada, y vasos rechazados de un lado.—V $\left\{ \begin{array}{l} O. D. \\ O. I. \end{array} \right\} = p. 1.$ •

«1001.—Cocinero, chino, de 45 años, padece glaucoma crónico en ambos ojos, con dolores ciliares y periorbitarios en O. I. donde se vé confusamente el fondo con su papila blanca.

O. D. Catarata completa. Pupila dilatada. $T > n$. V—p. 1.•

En todos estos casos de coincidencia del glaucoma y la catarata es indudable que la causa de esta fueron los desórdenes nutritivos provocados por el primero. Pero la catarata del glaucoma no tiene caracteres especiales que la distinguan de la forma comun senil á no ser el tinte verde del cristalino, pero este síntoma es de escaso valor, y desaparece al completarse la catarata. Empieza siempre por la opacificación del núcleo invadiendo poco á poco las capas corticales, para constituir una catarata dura, de color más ó menos oscuro.

La mayoría de los cataractados son Emmetropes como se comprueba despues de la operación por la elección de espejuelos. Pero no dejan de observarse ametropías algunas veces. Uno de mis enfermos tenía $M.=7$.^d

La profesión de los enfermos es un dato importante en el estudio de la catarata. Profesamos la opinión de que esta enfermedad es producida por la acción del calor sobre el organismo. De modo, que todas las ocupaciones que exijan

un calor intenso bien sea solar ó artificial deben predisponer á la catarata. Y así es en efecto, según lo demuestran el adjunto cuadro de los casos que hemos observado. Todos los habitantes de nuestro clima sufren más ó ménos directamente la acción de un calor intenso con traspiración abundante. Figuran en el cuadro, 40 enfermos de vida sedentaria, no so-

Sometidos al calor solar.									Sometidos al calor artificial.					De vida sedentaria.														
Labradores.	Marinos.	Aduaneros.	Hacendados.	Militares.	Carpinteros.	Albañiles.	Carteros.	Lavanderas.	Corredores.	Capataces.	TOTAL.	Caldereros.	Cocineros.	Tostadores de café.	Maestro de azúcar.	Herrerros.	TOTAL.	Su casa.	Comercio.	Escribientes.	Tabaqueros.	Costureros.	Enfermeros.	Zapateros.	Sirvientes.	Impresores.	TOTAL.	
28	6	1	4	1	4	1	1	1	1	1	49	1	5	1	1	1	9	26	4	3	1	2	1	1	1	1	1	40

metidos á la acción directa del calor; 9 ejercían trabajos bajo el influjo de un foco intenso de calor artificial; pero la mayor parte, 49 enfermos, más de la mitad labradores, sufrían la acción directa del calor solar.

La catarata senil ataca á los dos cristalinos; pero es raro que ambos se enfermen simultáneamente ó en el mismo grado. Lo más comun es que se inicie en uno mientras que el otro permanece por cierto tiempo transparente en su totalidad; y que sea completa la evolución del primero enfermo, mientras que en el segundo se conservan algunas porciones transparentes, hasta que pasado un tiempo mayor las cataratas son maduras y la vista queda reducida á la percepción de la luz.

Según mis notas, la opacidad se inicia indistintamente en cualquiera de los ojos. En nuestro cuadro figuran 12 cataratas del O. D. solamente; y otras 12 del O. I.; y todas las de-

más, es decir, la inmensa mayoría, en ambos ojos á la vez, aunque en distinto grado de desarrollo en cada uno de ellos.

La evolución completa de una catarata dura de uno á dos años en la forma cortical, pero pasan muchos años antes de que lleguen á completarse las cataratas nucleolares con esclerosis de toda la sustancia cristalina, cataratas por desnutrición de la lente. Aquellas en su principio se reconocen por estrias ecuatoriales que se extienden hacia los polos dibujando la estrella cristalina, y cuando se completan por su color blanquecino, ordinariamente con un brillo nacarado. La segunda forma empieza al contrario por el núcleo que, falto de elementos nutritivos, toma un tinte amarillento, que se transforma en rojizo y hasta en moreno á medida que se endurece; su marcha es sumamente lenta; á menos que, como pasa habitualmente, se combinen ambas formas y en este caso será mas rápida su evolución.

Después de haber invadido la opacidad toda la sustancia del cristalino, puede permanecer en este estado muchos años sin perjuicio para el ojo; he operado una catarata en ambos ojos de 14 años, sin accidentes operatorios, ni alteraciones del funcionamiento de la retina. Estos casos de cataratas antiquísimas suelen observarse en poblaciones del interior de la Isla privadas de cirujanos especialistas.

Una catarata completa sin otra alteración del globo ocular, debe permitir la reacción del iris á la luz, una buena percepción luminosa de un foco poco intenso, tensión intraocular normal, y un campo visual tambien sensiblemente normal.

Para apreciar la recepción de la luz dirijo sobre el ojo la llama de una lámpara reflejada sobre un oftalmoscopio cóncavo tenido á tres ó cuatro veces su distancia focal. La retina demuestra suficiente sensibilidad percibiendo esta luz débil á través de medios opacos.—Admito como normal el campo visual, si el enfermo con el eje optico dirigido hacia adelante percibe el foco de la llama obtenido con el mismo oftal-

inoscopio en todas las posiciones escéntricas de la retina. Un ojo con catarata completa, que ni aun con la pupila dilatada permita recibir rayos del fondo del ojo, y que responda favorablemente á esta tres condiciones $T=n$. $C.v=n$. $V=p.l$. estará en buenas condiciones operatorias.

Terminaremos estas notas sobre las cataratas duras presentando algunas observaciones de cataratas simples, principalmente con el objeto de trazar la sintomatología de la afección.

«352. Hombre blanco, escribiente, de 80 años, y buena constitución, padece en ambos ojos de cataratas seniles, estriadas, en forma de estrella con rayos brillantes. En O. D. ha progresado lo bastante para impedir el examen del fondo del ojo, es pues, completa. $C.v=n$. Distingue el bulto de la mano.

En O. I. se ven las mismas estrias, pero menos compactas y dejando un pequeño espacio inferior libre de opacidades, á través del cual podía reconocerse vagamente el fondo del ojo. $C.v=n$. Todavía puede leer y escribir valiéndose de este ojo. Iris contractiles. No existían antecedentes hereditarios.

Como síntomas funcionales solo se ha visto molestado por una niebla, que se ha hecho muy espesa en estos últimos meses.»

«631. Hacendado, de buena constitución, de 56 años, padece en ambos ojos de cataratas seniles, que empezaron por el nucleo, y que se han extendido de un modo progresivo pero lento hacia las capas superficiales. Fué operado de O. I. cuando todavía se conservaban transparentes las capas ecuatoriales, pero que se veía imposibilitado de conducirse solo, por la condensación opaca del centro de ámbos cristalinios.»

«922. Señora de 50 años, buena constitución, casada y con familia, padecía en Abril de 1888 de cataratas en ambos ojos en el siguiente estado:

O. D. Completa; empezó en 1886, y se ha aumentado progresivamente sin mas trastorno que la pérdida gradual de la vista. Es blanca, y presenta estrias que le dan forma estrellada. Reconoce los colores y el bulto de los objetos. $T=n$. $C.v=n$.

O. I. Incompleta. Solo hay algunas estrias que se dirigen desde el ecuador hacia los polos en cuatro haces: pero dejando intacto espacio suficiente para ver el fondo del ojo, y permitirle $V=1/15$.

En Enero de 1889 ambas cataratas, se habian completado. La de O. I. tiene color blanco, y le permite distinguir los bultos; la de O. D. es blanco amarillenta. Por la operación practicada un mes mas tarde, se confirmó que ambas eran duras, corticales.»



Catarata dura senil.
Nº 922.

Por la exposición de estos casos se verá que los síntomas funcionales de la catarata dura, consisten en una niebla, á tra-

vés de la cual se ven los objetos, pero que espesándose de un modo progresivo reducen la vista á la sola percepción luminosa. Si se examina el ojo durante el periodo de formación se percibirá opaco el núcleo del cristalino en la forma nucleolar; de color amarillo, rojizo, y hasta negro; y estrias (blanquecinas á la luz focal, y negra con el oftalmoscopio) que se dirijen desde el ecuador hacia los polos, en haces aislados al principio, que acaban por unirse dibujando la forma de una estrella, constituyendo entonces la catarata completa de la variedad cortical. La superficie de esta catarata es ordinariamente de un blanco nacarado.

Lo mas común es que esta catarata venga á precipitar la marcha sumamente lenta de la forma nucleolar, combinándose con ella, constituyendo las cataratas duras con capas superficiales blandas.

La coloración blanquecina de las corticales indica la imbibición acuosa de las fibras que por este hecho pierden su transparencia, y en este momento son blandas esas capas blancas; pero al tomar mas adelante el brillo nacarado por la desecación persistiendo el trastorno de la transparencia, indica que es mas compacta la masa total del cristalino; y en fin, la catarata que desde el principio se forma por la desecación de la lente, sin estrias, y que se manifiesta en tres fases de coloración: amarilla, roja, negra, demuestra una catarata sumamente dura en toda su extensión.

CATARATA TRAUMÁTICA.

Las cataratas traumáticas, como su nombre lo indica son determinadas por una violencia exterior que obra directa ó indirectamente sobre el globo ocular. Los traumatismos causa de catarata en esta estadística, fueron ordinariamente golpes con un palo, piedra, ó látigo. Pero en un caso—847—único de mujer, fué debida á una gota del jugo lechoso del cardon, planta eactaea (*Meloeactus communis*) que se usa

para hacer cercados y vulgarmente llamada tambien *uña de gato*, que cayó en O. I. determinando rápidamente per su acción cáustica la perforación de la cornea y lesión del cristalino.

En el núm. 820 una pedrada sobre la frente fué suficiente para determinar una catarata traumática, probablemente por la conmoción del cristalino.—En otros casos, como en la inscripción 561 se produjo por choque directo sobre el globo sin rotura como lo expresa la nota: «561. Mzo. 1887. Carata traumática en O. D., de mulato, sastre, de 27 años, que recibió cinco dias antes un golpe con un palo sobre el globo ocular á través del párpado superior. La pupila es irregular, está dilatada, pero se contrae bajo la acción de la luz. La opacidad tiene color blanquecino turbio. V=p. l. Hay un poco de dolor é inyección periquerática intensa.»

Pero con mayor razon cuando al golpe sucede la rotura de las membranas externas, se comprende que inevitablemente irán seguidos de catarata traumática. «293. Campesino de 21 años, recibió un golpe con un palo directamente sobre O. D. que produjo la rotura de la cornea en toda la extensión del diámetro vertical. No existe cámara anterior. Hernia del iris. Equimosis conjuntiva. Catarata que se formó dias despues.»

Del mismo modo que un traumatismo accidental puede producirse una catarata por el choque de la cristaloides con algun instrumento en el acto de practicar la iridectomia, ó cualquiera otra operación capaz de herir el cristalino.

Las cataratas traumáticas se observan con mayor frecuencia en la juventud, casi siempre antes de los 30, años, unas veces de un modo casual, otras en juegos de la infancia, y en fin cierto grupo por la exposición de herir los ojos en algunas profesiones.

La opacidad es de color blanquecino, como una emulsión lechosa, más marcado cuanto más joven es el enfermo. Al

cabo de mucho tiempo por la reabsorción de las masas reblandecidas se transforman en cataratas regresivas.

Se observan casi exclusivamente en los hombres, que se comprende están más expuestos á sufrirlas. Son mucho más frecuentes sobre O. D. que en O. I.

CATARATA REGRESIVA.

Esta forma de catarata no es más que el último periodo de las cataratas blandas. Después de reabsorberse una parte de las masas fluidas, otras quedan adheridas á la cristaloides que adquiere mayor espesor y toma color blanco mate con placas irregulares esparcidas en su superficie. (1)

Su origen fué una vez congénito, coincidió en otro con catarata congénita del congenerere, pero casi en todos los casos es la evolución final de una catarata traumática.

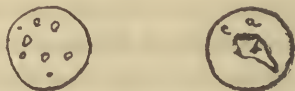
Véase en resúmen la observación de catarata regresiva congénita. *274.—Campesino, blanco, de 40 años, buena constitución. Queratocono en ambos ojos.—Cataratas en los dos cristalinos, congénitas. Con las pupilas dilatadas se nota.

O. I. *a*, fondo general de la catarata, que es de un blanco más ó menos uniforme, ocupando toda la extensión del cristalino;—*b*, placa irregular de un blanco brillante, y que forma un ligero relieve sobre el fondo *a*;—*c*, depresión de color oscuro que se une mediante una línea vertical con otra depresión inferior más pequeña, pero idéntica; ambas depresiones rodean la parte central de la placa brillante.

Esta catarata presenta un aspecto blanco, calcárcico; está deprimida particularmente en el centro. Sospecho que carece de núcleo, y que ambas cristaloides están en contacto, hallándose la anterior muy engrosada. No pude distinguir nada del fondo del ojo. El enfermo, sin embargo reconoce los colores rojo, azul, amarillo y verde; distingue la mano y aun puede contar confusamente los dedos á 0^m.10 de distancia.

O. P.—Se ven diversos puntos blancos diseminados en el cristalino sobre el fondo más oscuro del mismo. Una nubecula esparcida por toda la cornea (producida por traumatismos) impide un examen detallado de esta catarata, pero que por analogía la creo de la misma naturaleza que la del lado izquierdo.

Un negro, sietemesino, de 17 años, de



Cataratas regresivas.

Nº 274.

(1) Las cataratas regresivas que he observado en estos enfermos se presentaron 8 veces en O. D. y 6 en O. I.

quien nos hemos ocupado por su catarata zonular congénita de O. D. presentaba en O. I. una catarata calcarea, capsular, ocupando toda la extensión del cristalino, blanquecina irregular. C. v.=n. V.=p. l. Data de muchos años, y tanto el enfermo como su madre aseguran que no fué precedida de ningún traumatismo.

Hemos dicho que las cataratas regresivas no son otra cosa que una catarata blanda que ha sufrido la reabsorción total ó parcial de la sustancia propia del cristalino con alteraciones de la capsula, y las hemos creído generalmente de origen traumático. (1) Sin embargo varios enfermos negaron esta causa, aun cuando en algunos se veían señales de penetración de un cuerpo extraño.

*658. Chino labrador, 45 años, O. I. Desaparición de las capas de pigmento del centro del iris, donde por lo tanto es transparente, mientras que en la periferia tiene su color pardo, de manera que á la inspección parece un caso de *auiridia* ó de iris rudimentario. La pupila está medianamente dilatada, inmóvil.

Catarata blanca, arrugada, como si no existiese más que la cristaloides opaca y esta hubiese sido desgarrada. V.=O. C.v.=O. Es probable que exista un desprendimiento de la retina. En la parte inferior del iris se ve un punto que pudiera haber sido el de penetración de un cuerpo extraño. Niega esta causa.»

Dos enfermos atribuyen su enfermedad á una inflamación, pero uno sufrió operaciones por caries de la órbita, y el otro tenía una catarata capsular por reabsorción espontánea del cristalino, con rugosidades de la capsula.

CATARATA CAPSULAR.

El último enfermo de que nos hemos ocupado es el mejor ejemplo de catarata capsular, puesto que por traumatismo ó cualquiera que fuese la causa, hubo reabsorción completa de la sustancia cristalina, *afaquia*, y opacidad de la capsula. Por un pequeño espacio libre mejoraba la vista interponiendo un fuerte vidrio convexo.

En una enferma (inser. 83) presentaba una mujer una catarata capsular de O. I., con adherencia del iris.

Esta forma de catarata no es, pues, más que la misma regresiva, con desaparición completa del cristalino. Bajo el

(1) En un mulato, se desarrolló la catarata 4 ó 5 meses después de haber recibido una pedrada en el reborde orbitario. En otro individuo fué consecutiva á una herida con un agujon que penetró á través de la cornea. Un tercero la vió desarrollarse después de una iridectomía que le fué practicada. Ya hemos dicho, y aquí vemos nuevos ejemplos de que la catarata traumática puede producir la herida directa del cristalino, ó la conmoción que sufre por choques sobre el globo, ó sobre la órbita.

mismo epígrafe, podría incluirse la catarata secundaria, opacidad capsular consecutiva á la extracción. De modo que solo existen entre estas formas pequeñas diferencias no siempre fáciles de establecer entre las dos primeras.

CATARATA SECUNDARIA.

Con este nombre solo se conocen las opacidades de la capsula consecutivas á la extracción de la catarata. Tienen á veces forma de velo fino con pliegues á través del cual se ven con alguna dificultad el fondo del ojo. Otras veces por haber quedado capas transparentes la opacidad es más espesa, ó bien exudados de una iritis, se depositan en la pupila, y dan lugar á gruesas opacidades que obstruyen la pupila, y se complican de sinequias posteriores.

Aquí solo incluyo las cataratas secundarias que motivaron una consulta. Las consecutivas á operaciones practicadas por mí se estudiarán al ocuparnos de las operaciones.

LUXACION DEL CRISTALINO.

Este es un accidente raro. Entre 1000 enfermos solo se presentó 3 veces. Un caso fué de luxación completa; y dos incompletas. Una negra, de 60 años, leprosa ofrecía en O. I. una luxación del cristalino hácia abajo y atrás por ruptura de la porción superior del ligamento suspensorio. Haciendo ejecutar movimientos al globo se ven los cambios que sufre de delante atrás el cristalino cataractado, y el temblor del iris. Cuando mira hácia arriba queda libre y negro el tercio superior de la pupila, limitado por el borde convexo del cristalino.

Un labrador, de 79 años, que en 1884 padecía de cataratas en ambos ojos, tuvo luxación de la de O. I. en 1886, permitiéndole cierto grado de vista. Hubo rotura de la zonula con descendimiento de la catarata, que aun era visible. Había permanecido en el campo pupilar la capsula opaca. Temblor del iris.



AFECCIONES DEL NERVIÓ OPTICO Y DE LA RETINA.

Las enfermedades del nervio óptico y de la retina resultan en nuestra estadística ser algo mas frecuentes de lo que se observa en Europa. Sufrieron con corta diferencia igualmente la retina y el nervio óptico. Hemos incluido las enfermedades de ambas regiones en un mismo grupo por la semejanza anatómica que trae consigo á menudo la simultaneidad de sus padecimientos.

NEURITIS OPTICA.

He observado en 7 enfermos la neuritis óptica, papilitis, en plena evolución, en individuos adultos ó en los primeros años de la vejez. Casi todos estos sujetos fueron varones, y pertenecían á las razas blanca, mulata y negra.

La enfermedad se caracterizaba por una disminuci3n mas ó menos marcada de la vista, con la sensaci3n de un paño ó niebla que se interponía delante de los objetos impidiendo distinguirlos con claridad. La papila se presenta hiperemiada, de bordes confusos con una zona edematosa peripapilar de la retina, y los gruesos vasos tortuosos y con frecuencia, engrosadas las venas, pudiendo estar de un modo variable disminuido el calibre de las arterias.

Dos de estos enfermos eran sifilíticos, y uno reumático. En un caso la neuritis era el modo de manifestarse la oftalmia simpática en un muchacho cuyo O. D. estaba atrofiado de re-

sultas de una pedrada que sobre él recibió 45 días antes; y vino ó consultarme porque veía cada día menos con su O. I. La papila estaba sumamente roja, de bordes confusos; los vasos de la retina inyectados, pero no tortuosos ni desfigurados; la retina próxima al nervio tenía un tinte opalino.

El único caso de papilitis en mujer, dependía de la compresión del nervio por un voluminoso quiste de la órbita que había reducido V. á 1/5.

Respecto á la influencia que el alcoholismo y las afecciones cerebrales puedan tener en la producción de la neuritis óptica, extractaré algunas observaciones.

«383. Abogado de 41 años, alcoholista, que murió tres años después de reblandecimiento cerebral. Padece neuritis óptica ineipiente en ambos ojos. Estrangulamiento de la papila. Aspecto exterior de sus ojos, normal. Pupilas de regulares dimensiones, sumamente perezosas, tanto que apenas se distingue un ligero movimiento de contracción bajo la influencia de la luz focal.

O. D. Hiperemia de la papila. Léce con dificultad.

O. I. Papila enrojecida; arterias delgadas, venas flexuosas que de trecho en trecho presentan porciones de un rojo negruzco separadas por otras mas claras que dan á la vena la apariencia de un rosario. Cuenta difícilmente los dedos á 0.^m50.
 II { O. D. } = 3,4
 { O. I. }

Este enfermo cuando lo examiné estaba convaleciente de un ataque cerebral grave con pérdida de la palabra y de la memoria.

Otra observación interesante es la de un negro (Inscrip. 916) campesino, de 34 años, de constitución robusta, que vi en el Hospital Mercedes, en 1888. Padece una papilitis bien caracterizada en ambos ojos.

Desde hacía un año se quejaba de dolores de cabeza, que eran sobre todo intensos en la región parietal derecha, que se localizaron posteriormente en la región cervical y occipital. Este dolor no se exaspera á la presión.

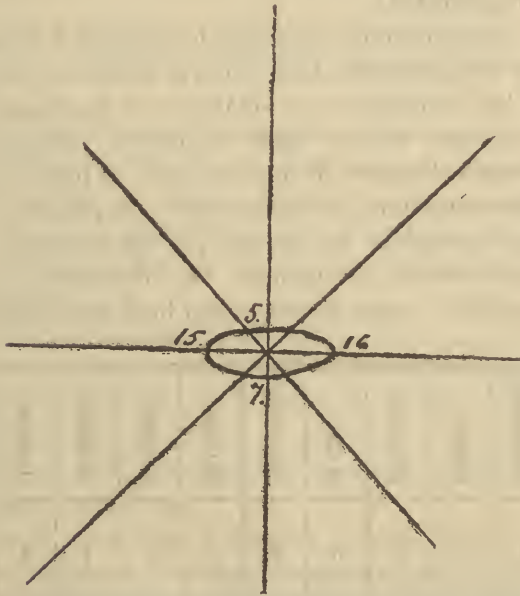
Cuando inclina hacia abajo la cabeza experimenta desvanecimientos. Su memoria está debilitada; las respuestas no siempre son acordes. La palabra es torpe, arrastrando la lengua. Hay disminución del oído: oye el reloj de bolsillo á 0.^m05. Conserva el reflejo rotuliano. La marcha se verifica mediante pasos cortos, avanzando con mas decisión y como para explorar la pierna derecha, mientras tanto el cuerpo permanece rígido y la cabeza inmóvil, los párpados abiertos. Pero el fenómeno curioso de la marcha consiste en la tendencia á caer de espaldas, lo que le obliga á dar un paso atrás sin que por eso logre evitar la caída. Tiene estreñimiento y trastornos de la orina. La amebrosis solo data de unos dos meses. Seis meses mas tarde las papilas estaban atrofiadas, blancas.»

La neuritis óptica no es dolorosa. Los enfermos solo acusan la disminución de la vista. Esta enfermedad termina

por atrofia mas ó menos marcada de la fibra nerviosa. Ninguno de los tratamientos que he empleado ha conseguido la curación en estos casos.

ATROFIA DE LA PAPILA.

En todos los casos que describimos la atrofia se ha presentado sobre ambas papilas de los nervios ópticos á la vez aunque ordinariamente en un periodo mas avanzado en uno de los ojos.



O. I. Atrofia de la papila.
Nº 925.

Los síntomas generales de estas atrofas son bien conocidos. Pupilas dilatadas, insensibles á la luz, papilas decoloradas,

blancas ó grises, vasos centrales normales ó disminuidos de calibre con frecuencia, y el resto del fondo del ojo de apariencia sana al examen oftalmoscópico, la tensión intraocular es igual, mayor ó menor que la normal segun sea la causa que haya determinado esta enfermedad;—la vista disminuida en un principio queda totalmente abolida cuando la atrofia es completa, los enfermos no distinguen la luz de la oscuridad, y solo deducen la acción directa del sol por la sensación de calor que determina en la piel.

El campo visual se estrecha concéntricamente, con mas ó menos regularidad.

Hay otros síntomas accidentales ligados á la causa determinante de la afección, tales como el miósis en las atrofas tabéticas, las neuralgias de la oftálmica en las dependientes del glaucoma, etc. En dos casos se observó nistagmus; en uno completando el cuadro de una esclerosis en placas: y el segundo de forma rotatoria, en una mujer que padecía una atrofia antigua y completa de ambas papilas nerviosas, mujer de constitución débil, que padecía una disentería crónica, pero cuya verdadera causa nunca quedó bien establecida.

CLERIGOS	ESCRIBIENTES	COMERCIO.	COSTURERAS	SU CASA	LABRADORES	MILITARES	ZAPATEROS	CALDEREROS	ALBAÑILES	CARPINTEROS	COCINEROS
1	1	2	2	3	4	3	1	1	1	2	2

Las profesiones que ejercían estos enfermos eran tan variadas que ninguna influencia les atribuyo en la producción del padecimiento.

La etiología de las atrofas del nervio óptico ocupará mas detenidamente nuestra atención.

AFECCIONES CENTROS NERVIOSOS			AFECCIONES DIATÉXICAS. TOXICAS.		AFECCIONES LOCALES	CAUSAS DUDOSAS		CAUSA NO AVERIGUADA
Ataxia	Esclerosis en placas	Mielitis difusa	Sifilis	Alcoholismo	Glaucomas	Histero-epi- lepsia	Hemiplejia	
8	1	1	1	3	4	1	1	3

Las causas que determinan la atrofia, pueden incluirse en varios grupos: afecciones diatésicas, intoxicaciones, afecciones de los centros nerviosos, y enfermedades localizadas en el globo ocular.

Este capítulo resulta forzosamente incompleto, por cuanto solo comprende los casos de atrofas bien caracterizadas manifestándose como la lesión principal del órgano de la vista. Quedan excluidas, por consiguiente, las lesiones papilares del principio del glaucoma, las atrofas que acompañan á la retinitis pigmentaria, etc.

Una atrofia de las papilas del nervio óptico, se observó en un individuo sifilítico, cuya diatesis fué con anterioridad causa de ataxia locomotriz, por lo cual será descrito al ocuparnos de esta enfermedad.

Entre los atrofas por intoxicaciones solo hemos anotado tres casos por alcoholismo.

Dos de estos enfermos padecían diarreas crónicas, y dos tambien se quejaban de moscas volantes que le impedían ver claro. En los tres había la decoloración de la papila muy marcada del lado externo, y escotoma central.

Las afecciones medulares son la causa mas frecuente de la atrofia del nervio óptico; ellas solas constituyen casi la mitad de los casos en esta estadística. Y la casi totalidad de afecciones medulares con manifestaciones en los ojos corresponde á la ataxia locomotriz progresiva.

El conjunto sintomático no era idéntico en todos los casos. Véase la numeración de las ocho historias clínicas.

I. Mujer negra, 37 años. No tiene reflejo rotuliano. Atrofia de ambas papilas de los nervios ópticos. Calibre normal de los vasos retinianos.

II. Campesino, de 50 años. Padece dolores en las piernas, y en la cabeza. vómitos; no tiene reflejo rotuliano; no hay trastornos de la marecha.

O. I. Exudado pupilar. O. D. Humor vitreo turbio, papila decolorada, vasos adelgazados. $M=8.4$ $V=$ fosfenos.

III. Campesino, de 49 años. Ataxia locomotriz con marcha característica. Atrofia de las papilas, que son blanco gris, bien limitadas atravesadas por los vasos de la retina que están adelgazados particularmente las arterias. Lamina perforada bien visible.

IV. Un adulto. Ataxia confirmada. Atrofia de las papilas poco marcada, así como la disminución de la vista.

V. Un escribiente, de 39 años. Sifilitico y atáxico. Dolores fulgurantes, falta el reflejo rotuliano. Marcha normal, cólicos nefríticos, retención de orina; cefaleas; escitacion venérea. Atrofia gris de ambas papilas. Estas tienen coloración aplomada. Los vasos centrales conservan su calibre normal. Miosis en el mismo grado en ambos ojos. $T < n$ $V=0$. Un tratamiento energético antisifilitico no logró mejoría.

VI.—Un militar de 28 años, con dolores fulgurantes, falta de reflejo rotuliano, incontinencia de orina, dispepsia, impotencia. Atrofia de las papilas que son blancas con viso gris en la periferia: vasos normales. Pupilas desiguales. Facies especial: fisonomía rígida, párpados muy abiertos, mirada vaga, sin expresión, como buscando luz. $V=$ cta. dedos á 0^m.40.

VII. Campesino, 46 años. Ataxia diagnosticada solo por atrofia de las papilas de color gris, que se desarrolló progresivamente en el espacio de 7 años, por la falta de reflejo rotuliano, y desórdenes estomacales antiguos, pero sin los otros síntomas propios de la enfermedad. Estas formas anónimas de la ataxia son comunes. Es frecuente ver atáxicos con atrofia completa y antigua de los nervios ópticos, y en su marcha y movimientos son normales.

VIII.—Calderero, de 40 años, enfermo desde hace uno con dolores en la cintura, y en las rodillas, abolición del reflejo rotuliano, entumecimiento de los pies. Era al mismo tiempo alcoholista, y sifilitico.—Tenía las pupilas contractiles perzosamente: en miosis poco marcado la de O. D. Las papilas de los nervios ópticos grises, los vasos de la retina normales, $T.=n$, y $V \begin{cases} O. D. = \frac{1}{3} \\ O. I. = \frac{1}{4} \end{cases}$

Por estas observaciones se vé la diversidad del cuadro sintomático de los atáxicos, que sufrian atrofia del nervio optico. La coloración de la papila variaba desde el blanco sucio al gris de plomo, de tal modo que este síntoma á pesar de su valor no era suficiente en la mayoría de los casos para fijar el

diagnóstico, si no buscábamos en su apoyo las alteraciones pupilares, la incoordinación de los movimientos etc.

La esclerosis en placas y las mielitis difusas son también afecciones medulares que suelen acompañarse de atrofia de las papilas.

En un caso de la primera en un adulto, existía el reflejo rotuliano, nistagmus oblicuo casi vertical, y atrofia gris de ambas papilas nerviosas, tan avanzadas que era $V.=O$.

El segundo es un enfermo adulto, observado por primera vez en 1887 y que aun ocupa una cama en el Hospital Mercedes, paraplégico, y cuyo cuadro sintomático es tan complejo, que fué en un principio diagnosticado de ataxia locomotriz, de forma anómala, posteriormente de tabes dorsal espasmódica, y en fin, de Mielitis difusa cerebro-espinal por el Dr. Castro, profesor de la Clínica Médica, con cuyo diagnóstico nos conformamos en este trabajo. Por parte de los ojos presentaba una atrofia completa de ambas papilas, que tienen color gris, y dejan ver en el centro la lámina perforada. Los vasos centrales tienen su calibre normal, ó tal vez estén un poco estrechadas las arterias. $V\left\{\begin{smallmatrix} O. D. \\ O. I. \end{smallmatrix}\right\}=O$.

En Octubre de 1888 tenía epífora espontánea, sin lesiones locales apreciables, dependiente de hipersecreción de la glándula, probablemente de naturaleza refleja. La pupila de O. D. estaba contraída (miosis) apenas con $0^m.002$ de diámetro; la de O. I. medianamente dilatada, ovalada, de gran diámetro casi horizontal. Pequeña excavación central del nervio optico, y los vasos rechazados del lado interno.

En 1889 el miosis de O. D. era pronunciadísimo, punctiforme.

Una mujer de 24 años padecía una atrofia reciente de ambas papilas que le permitía contar los dedos á 1^m de distancia, la cual había padecido de eclampsia puerperal, con parálisis facial y hemiplegia izquierda. Ignoro la relación que entre ambas afecciones pueda existir.

La misma duda conservo respecto de una joven costurera, que desde la muerte de su madre, 6 años antes, ha padecido tres ataques de histero epilepsia, con sensación de bola, pérdida repentina del conocimiento, convulsiones, etc. Es de caracter tímido, siente con frecuencia hornigueos, llamaradas al rostro, frialdad en las extremidades. Después del primer ataque quedó vizca, con estrabismo divergente de O. D. que hoy es menos pronunciado que en un principio. Después del primer ataque le quedó un fuerte dolor en la región occipital, después del segundo, notó la disminución de la vista que se hizo progresiva. Ahora las papilas, tienen color gris de ceniza, los vasos aunque algo adelgazados tienen apariencia normal, así como el resto del fondo del ojo. $H\left\{\begin{smallmatrix} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{smallmatrix}\right\} = 3$ dioptrias.

V. $\left\{\begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{p. l.} \\ \text{O. I.} = \text{lée grandes caracteres á muy corta distancia.} \end{array}\right.$ *Cromatopsia*. Confunde constantemente los tintes verdes con el rojo, los violetas, incluso el carmin, con el azul. Ha confundido el anaranjado con el rojo; pero el color que mejor reconoce es el amarillo.

Entre las lesiones oculares que arrastran consigo la atrofia de la papila del nervio óptico, la principal es el glaucoma. Al tratar de esta afección nos ocupamos de la excavación por exceso de la presión intraocular y de la atrofia por compresión de los elementos nerviosos. La papila se presenta blanca ó ligeramente gris, con la lámina perforada bien perceptible en los casos de compresión exagerada.

En tres enfermos de atrofia blanca de la papila no quedó bien comprobada la causa, aunque en uno sospeché un tumor ó compresión del nervio en la región orbitaria, y en otro había motivo para creer en una lesión del lóbulo occipital del cerebro.

No entro en detalles de estos casos puesto que no tengo datos suficientes para sentar un diagnóstico, así que cuanto dijese traería mayor confusión.

En el tratamiento de las atrofas totales del nervio no hemos obtenido nunca la menor mejoría. Ni la extricnina, ni los mercuriales ni los iodurados han modificado en lo más mínimo la marcha del mal.

No participamos de las ilusiones de otros colegas que de tiempo en tiempo ponderan tal ó cual medicamento. Para nosotros todos son igualmente inútiles. En cuanto á la vía hipodérmica nosotros la condenamos tanto por su ineficacia hasta hoy, cuanto por ser dolorosa, y expuesta, como más de una vez ha sucedido á complicarse de tetanos.

NEURO-RETINITIS.

La neuro-retinitis ó papilo-retinitis es una forma de inflamación del nervio óptico que se extiende á la distribución nerviosa de sus fibras por la cara interna de la retina.

Los siete casos observados fueron todos individuos varones de la raza blanca; y de ellos eran: labradores, 2; actores, 1; sirvientes, 1; dependientes de Comercio, 1; tabaqueros, 1; carpinteros, 1.

No en todos los casos ha podido establecerse la etiología. Tres enfermos eran sifilíticos, y uno palúdico. En éste, sin embargo, mas que inflamación, se presentaba una simple congestión papilo-retiniana, contrastando con la profunda anemia de la piel, de modo que en realidad pudiera descartarse de la afección que estudiamos.

En dos enfermos la papilo-retinitis fué doble; en los demás casos se presentó exclusivamente en el O. D. Los síntomas principales consistieron además del aspecto oftalmoscópico del fondo del ojo, en copos del humor vítreo, ordinariamente membranosos, paresía pupilar, fotofobia disminución de la vista etc. A continuación transcribimos los principales casos para que se vea el cuadro clínico, la marcha, las afecciones anteriores, ó las que padecía el ojo congénere.

*656. O. D. Papilo retinitis poco pronunciada, con ligera fotofobia, y disminución de la vista,

O. I. Desprendimiento infero-externo de la retina, de gran extensión. Copos del humor vitreo gruesos y numerosos.

*685. Actor cómico. Sifilítico.

O. D. Neuro-retinitis óptica. Data de 40 días. Papila confusa, enrojecida, vasos centrales inyectados, tortuosos. Todo el fondo del ojo está turbio á causa de los numerosos copos esparcidos en el humor vitreo, algunos alargados, movibles, flotantes como telas de araña, y otros en número infinito semejante á un polvo fino perceptible por detrás del cristalino y tambien movibles. En la región ecuatorial la retina y la coroidis tienen su aspecto normal. $H=1.25. \nabla \left\{ \begin{array}{l} O. D.=4^{10} \\ O. I.=1 \end{array} \right.$

Esta observación, de no ser evidente el aspecto del fondo del ojo se hubiese diagnosticado de corio-retinitis específica.

Pero nada extraño tiene la sucesión de ambas inflamaciones; es decir, que un enfermo atacado de neuritis, pase al cabo de cierto tiempo á padecer la coroiditis, y que ya anteriormente haya padecido la iritis específica; en una palabra, que sobre el mismo ojo se sucedan toda la serie de manifestaciones oculares sifilíticas conocidas. Bajo este punto de vista es interesantísima la observación.

*957. Blanco, de 52 años, carpintero, sifilítico desde dos años antes, hipermetrope de 2 dioptrias.

$$T \left\{ \begin{array}{l} O. D. \\ O. I. \end{array} \right\} = n. \quad \nabla \left\{ \begin{array}{l} O. D.=0. \\ O. I.=\frac{2}{3}. \end{array} \right.$$

En O. I. solo ofrecía una pequeña sinequia posterior, y el resto de otra sobre la cristaloides, signos de iritis antigua.

O. D. *Papilo-retinitis*. Papila de forma estrellada, imposibilidad de precisar sus contornos. Vasos centrales, principalmente las venas, tortuosos y engrosados. Hay una hemorragia en la retina, hacia abajo y afuera de la papila, á cierta distancia de la vena temporal inferior, y otras dos menores hácia arriba y adentro de la misma. Estas hemorragias son recientes, de color rojo claro; las dos mas pequeñas parecen debidas á la trasudación de los vasos próximos, pero la mayor probablemente depende de una hemorragia de la vaina del nervio extendida al interior del globo ocular.

La retina al rededor de la papila está blanquecina, edematosa.

El primer síntoma de que se dió cuenta el enfermo fué la desaparición del campo visual inferior, esotoma que se hizo total al cabo de 24 horas, quedando de ese ojo sumido en completa oscuridad.

A los 15 días el borde interno de la papila estaba muy confuso, blanquecino; en la mácula se veían tres puntos blancos. Al mes, las hemorragias se habían reabsorbido, dejando apénas rastro. La papila estaba blanca, y como velada, con el borde externo bien limitado, pero irregular y confuso el interno. En la mácula se ven mayor número de puntos blancos que pueden compararse á granos de arroz pequeñísimos. En el lado interno de la papila hay un brote de granos idénticos,

abundante y nutrido, limitado del lado de la papila por un reborde blanco semejante á una exudación. Los vasos de la retina pasan por delante de las exudaciones. Establezco el diagnóstico de *coroiditis* en su periodo florido.

Al mes y medio había nuevas exudaciones arriba y abajo del diámetro vertical de la papila, de modo que ésta quedaba rodeada de granos de coroiditis. Sufusión hemorrágica cerca del borde externo del nervio. En la papila se pronuncia el color blanco de la atrofia.

O. I. se notaba una hiperemia general del fondo del ojo.»

Otro enfermo, sifilítico, con papilo-retinitis de ambos ojos, tenía en O. D. sinequias posteriores. En otro atacado de neuro-retinitis O. D. con puntos hemorrágicos, había copos membranosos en humor vítreo.

RETINITIS.

No en todas las retinitis ha podido establecerse con seguridad la causa. Pueden clasificarse del modo siguiente:

Retinitis pigmentaria.....	3
» albuminurica.....	3
» sifilítica.....	3
» hemorrágica.....	1
» con desprendimiento retina	1
» con glaucoma.....	1
» simple.....	1

De un modo general padecen de retinitis con mayor frecuencia individuos de la raza blanca, y de estos los varones. Es de notarse que tres enfermos padecían de estreñimiento.

RETINITIS PIGMENTARIA.

Tres casos bien caracterizados de *retinitis pigmentaria*, por el pigmento especial, el estrechamiento del campo visual, la hemeralopia, la atrofia de la papila, etc., he observado en 1000 enfermos. Todos eran varones; uno blanco, de 34 años, y dos negros, de 45 y 60 años. En los tres la afección era binocular, y en igual grado de desarrollo en ambos ojos. Solo transcribimos la más interesante y completa de estas observaciones, publicada en el *Recueil d'ophtalmologie* de París en Setiembre de 1888.

905.—Blanco, 34 años, temperamento linfático viene á la consulta por amaurosis de ambos ojos.

Sus dientes tienen una disposición especial: los incisivos y los caminos estan gastados en su extremo como los de los roedores, dejando al descubierto la pulpa amarilla envuelta por una zona de marfil, en una superficie plana.

Su padre era probablemente sifilítico; su madre histero-epileptica. Ambos eran primos hermanos. De 9 hijos que tuvieron solo viven tres.

Véase ahora su afección ocular.

Desde su infancia notó que apenas veía por las noches.

Discromatopsia.—De los colores fundamentales distingue bien el rojo, regularmente el azul, muy mal el verde, y absolutamente el amarillo y el violeta. Reune con dificultad los diversos tintes del rojo. Toma por blanco el amarillo; confunde el verde con el gris, y el violeta con el negro. Haciéndole buscar el amarillo en la colección de estambres no ha reconocido ninguno de los tintes que en ella había.

El C. v. está reducido á un punto central tan pequeño que no se puede determinar exactamente: solo se extiende á uno ó dos grados del punto de fijación en todos sentidos.

$$M=3^d. \quad V \begin{cases} O. D.=cta. \text{ dedos á } 0^m.80. \\ O. I. =1/13. \end{cases}$$

Hemeralopia.—Este es el síntoma que mas le incomoda. Despues de la puesta del sol se vé sumido en las tinieblas, sin distinguir otra cosa que el foco de las luces y el disco de la luna.

Las pupilas se contraen á la luz natural. Los cristalinos presentan una opacidad parcial compuesta de pequeños puntos bajo forma de una estrella de cinco rayos irregulares para O. D., y de una banda vertical para O. I.

Las papilas son blancas, ovaladas, de contornos irregulares. Los vasos de la retina son tan delgados, que las venas apenas tienen el tercio de su calibre normal, y las arterias solo pueden distinguirse hasta muy poca distancia de la papila en el fondo atigrado del ojo.

En casi toda la estensión de la retina se ven pelotones de pigmento negro, mucho mas abundante en el ecuador, donde afectan una disposición semejante á la de los osteoplastas de los huesos ó á la de una red con gruesos nudos en el entrecruzamiento de las mallas. Estas manchas pigmentarias están situadas, al menos en gran parte, en la capa mas interna de la retina, por delante de los vasos. Las mayores de estas manchas solo tienen 1/5 del diámetro papilar

Trat. Yoduro de potasio.

En esta observación hay dos hechos dignos de tenerse en cuenta: *cousanguinidad* en los padres, y *discromatopsia* en el enfermo,



O. D.
C. v. de ritinitis pigmentaria.
Nº. 905.

RETINITIS ALBUMINURICA.

La *retinitis albuminurica* tambien la hemos observado en el 3 por 1000 de enfermos, todos adultos, blancos, varones, y de ellos, uno farmacéutico, y dos jornaleros. Los tres enfermos presentaban albúmina en las orinas en abundancia, y la enfermedad se mostró en ambos ojos. A continuación damos un extracto de las tres observaciones.

«143. Blanco, carretero, adulto, nefrítico con albumina en orinas. Retinitis albuminurica en ambos ojos. Lesiones oculares extensas y variadas, papilitis, hinchamiento de las venas exudaciones diseminadas, hemorragias múltiples, algunas típicas, paralelas entre sí, radiadas, y perpendiculares al borde de la papila. Todas las lesiones estan localizadas al rededor de la papila y de la mácula.»

«588. Farmcéutico, de 37 años. Viene padeciendo de anorexia y disminución de la vista de O. D. Tiene la piel de color pálido amarillento; la cara lisa y brillante, con aspecto edematoso, así como igualmente las piernas, pero sin que pueda marcarse la huella del dedo. Se queja de fuertes dolores occipitales que le atormentan de tiempo en tiempo.

Todos estos fenómenos se habían atribuido á la anemia, y se le aconsejó una temporada de campo.

Vino á consultarme en Abril de 1887 por un *quemosis con equimosis* de la conjuntiva bulbar de O. I. que se había presentado sin causa apreciable, y que padecía por segunda vez, sin que los colirios y lociones ordenados la primera hubiesen logrado mejorarle, hasta que desapareció espontáneamente.

Ante esta forma insólita de alteración conjuntival hice un examen completo del enfermo, descubriendo una *retinitis albuminurica* tipo en ambos ojos, y por examen del Dr. Arostegui albumina $\frac{1.5}{100}$ en las orinas, que contenían tambien células de pus y cilindros hialinos, estableciéndose el diagnóstico de *nefritis pareuquimatosa*.

En ambos ojos las papilas del nervio optico tienen forma estrellada que le dan numerosas estrias que impiden precisar sus contornos. Los vasos centrales flexuosos, aparecen como llenos de sangre en unos puntos y vacíos en otros tienen apariencia menos roja que normalmente; algunos desaparecen á corta distancia de la papila; en otras no se ve el punto de emergencia; la mayor parte tienen á los lados hemorragias en forma de *flammèches*, paralelas á la dirección de los vasos. A mayor distancia se ven algunos exudados retinianos, en forma de placas blancas redondeadas, situadas por detras de los vasos.

En O. I. la inflamación de la papila es aguda; esta tiene color rojo vivo. Mácula sana.

En O. D. en el que había notado la disminucíon de la vista tres meses antes que en el derecho, las lesiones eran más antiguas por su aspecto oftalmoscópico. En la macula se veía muy desarrollada la corona estrellada propia de esta enfermedad, pero solo por el lado interno, compuesta de seis rayos de un diámetro papilar, y cada uno de estos rayos formados por una serie de puntos blancos brillantes, situados también por detras de los vasos.

Toda la región periférica ó ecuatorial de ambas retinas son normales; las lesiones son centrales: al rededor de la papila y de la macula.

Distingue los colores.

$$H \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right\} = 0.50. \quad V \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \frac{1}{3} \\ \text{O. I.} = 1. \end{array} \right.$$

T $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right\} < n.$ aunque con muy poca diferencia con la normal.

C. v. $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right\}$ estrechado arriba y adentro.

Se ordenó el reposo, tónicos, dieta lactea, diuréticos y pilocarpina en inyecciones hipodérmicas.

Se obtuvo alguna mejoría. En Junio se habían reabsorbido las hemorragias; los exudados habían sufrido una transformación regresiva, eran mas anchos y menos característicos. Tenía escotoma central.

A fines de verano agravación y muerte en Octubre.»

«995. Blanco, adulto, en Hospital Mercedes. Gran cantidad de albúmina en las orinas. Retinitis en ambos ojos.

O. D. Grandes placas blancas, semejantes á motas de algodón, esparcidas en la retina, pasando unas veces por delante y otras por detrás de los vasos. En la macula hay un punteado que no tiene bien marcada la forma de estrella. Hemorragias lineales junto á los vasos.

O. I. Lesiones parecidas, pero sin exudaciones maculares.

V $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right\} <n. \quad T \left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right\} <n.$

Pupilas medianamente dilatadas.»

RETINITIS SIFILITICA

Las manifestaciones sifilíticas se suceden ó se presentan simultaneamente en el mismo ojo, haciendo á veces imposible un diagnóstico preciso de la región afecta; tal es el caso de las alteraciones de las membranas profundas que se engloban habitualmente bajo el nombre de corio-retinitis.

De estos enfermos, dos eran sifilíticos, y en el tercero había motivos para sospechar la diatesis. En uno que veía á través de una niebla solo se comprobó congestión de la papila de O. D. y de la retina próxima.

El otro mulato de 28 años ingresó en el Hospital Mercedes con el cuerpo cubierto de una erupción maculo-papulosa sifilítica, reciente; allí se vió acometido de iritis con sinequias en O. D. A los 4 meses me consultó porque no veía bien de O. I., creía tener una nube delante que le disminuía la vista. El examen demostró una retinitis ligera, con enturbiamiento de esta membrana al rededor de la papila.

El tercer caso de retinitis se observó en una señora con enturbiamiento del humor vitreo, grupos de pigmento en la retina, etc., pero que no detallamos por no haberse establecido el origen sifilítico con seguridad.

RETINITIS HEMORRAGICA.

Incluyo como *retinitis hemorrágica*, el caso de una señora, de 60 años, de buena posición social, y de constitución robusta, que solo padecía de un eczema crónico, estreñimiento, y dolores en las piernas que se han inchado algunas veces. Orinas normales.

Todo el fondo de ambos ojos, pero particularmente en la papila y á lo largo de los gruesos troncos se extiende una niebla. En la proximidad de los vasos inferiores de O. D. se ven algunas pequeñas hemorragias fusiformes. Papilas hiperemiadas. Maculas normales.

Coincidiendo con un desprendimiento de toda la porción inferior de la retina, en un ojo E. he visto una retinitis con humor vitreo turbio, $V=1/17$, y papila confusa.

BETINITIS POR GLAUCOMA..

Extractamos á continuación los principales rasgos de una observación en que el *glaucoma* era *causa de retinitis*.

«721 Blanco, de 70 años, literato, E. padece en los dos ojos de glaucoma crónico simple.

O. D. Pupila inmóvil, dilatada. Borde de la papila irregular; pequeños puntos hemorrágicos en la macula. El centro de la retina turbio. Los vasos centrales al penetrar en la papila describen un codo en forma de gancho; papila blanca; lámina perforada visible; excavación total de 4.^a— $T > 11$.

O. I. Papila blanco agrisada, atrófica, de bordes irregulares, no excavada. Vasos centrales delgados; puntos hemorrágicos próximos á estos pero distantes de la papila. Dos grandes placas atróficas blanco nacaradas en región macular, por encima de las cuales pasan los vasos retinianos.

Campo visual reducido hacia afuera.

$$V \begin{cases} \text{O. D.} = 1/12. \\ \text{O. I.} = 0. \end{cases}$$

En la retina se ven numerosos punticos blancos entremezclados con otros rojos también pequeños.»

Para terminar el estudio de estos retinitis solo me resta citar el caso de un tabaquero que sufría hiperemia de los retinas. Su vista estaba turbia; podía leer y distinguir los objetos pequeños, pero no abarcaba el conjunto de los grandes.

H $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right\} = 3.^{\text{a}}$ V $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right\} = 2/3$ Campo visual muy estrechado del lado interno.

HEMORRAGIAS DE LA RETINA.

Múltiples causas pueden ocasionar hemorragias en la retina. Acabamos de hablar de las hemorragias lineales de la retinitis albuminúrica, de las hemorragias peripapilares de la neuritis óptica, y ya en otro capítulo nos ocupamos de los copos flotantes en el humor vitreo; ahora solamente trataremos de las hemorragias de la macula y de las hemorragias palúdicas.

De aquellas hemos observado tres casos; uno de ellos en un individuo fuertemente miope — 12^d — acompañada de copos en el humor vitreo. Las otras dos sin causa bien apreciable.

Una de estas observaciones es interesantísima.

«3. Dentista, de 32 años. 1884. Nbre.—Dos pequeños copos en humor vitreo de O. D. Dicho medio está opalescente. Tres pequeñas hemorragias en la macula, y otra mayor más externa, blanquecina, en vias de reabsorción. Grueso copo flotante en humor vitreo.

Dice que la enfermedad se presentó repentinamente cuatro meses antes, al levantarse, sin dolor ni otra molestia que la falta de vista central.

O. I. sano. V $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{cta. dedos.} \\ \text{O. I.} = 1. \end{array} \right.$ R $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{array} \right\} = \text{E.}$

1886. Abril. La hemorragia central se ha reabsorbido en parte; quedan tres puntos negros; el resto de la mancha es de un rosa pálido. La hemorragia externa es mayor; presenta un fondo blanquecino, y sobre este diseminadas manchas de pig-

mento irregulares. Vasos y papila normales. En el vítreo flota una opacidad negra en forma de S tan larga como la papila.

1887.—Estacionaria.

1888.—

Descubro miopía progresiva, de 3 dioptrías, con estafiloma reciente postero-inferior.

Este enfermo es un jóven sano, en el cual no he podido sospechar la causa de la hemorragia. Me sorprende el desarrollo de la miopía en un ojo excluido de fijación.»

De estas hemorragias dos han sido monoculares y una doble. Las palúdicas han sido todas binoculares.

No me detendré en las *hemorragias palúdicas* que fueron tema de mi tesis para el doctorado; solo transcribiré algunos de sus principales caracteres.

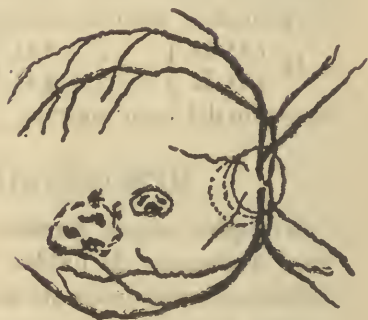
Sabemos que los caracteres esenciales de las hemorragias retinianas paludicas consisten en:

1º Síntomas subjetivos. Escotomas positivos en campo visual normal:

2º Síntomas objetivos: Focos hemorrágicos dispuestos á manera de corona al rededor de la papila sobre el trayecto de los grandes vasos que los originan, sean venosos ó arteriales.

3º Integridad física y fucional de todo el resto de la retina: ausencia, por consiguiente de retinitis.

Muchas otras afecciones determinan tambien hemorragias retinianas. Enfermedades diatésicas, discrásicas, fiebres graves, etc., elijen con frecuencia la delicada red de la retina para manifestar sus trastornos circulatorios. Otras veces la causa no es bien conocida ó permanece ignorada, como en las he-



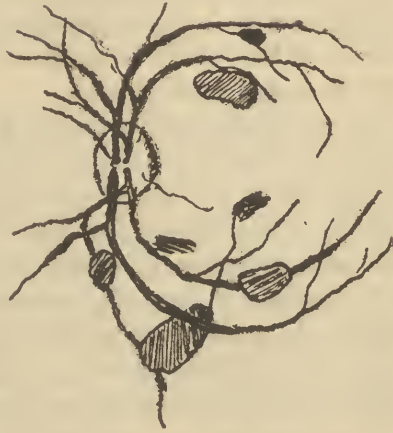
Hemorragia de la macula y miopía con estafiloma progresivo.

Nº 3.

hemorragias de la *macula lutea* y en la llamada de los *adolescentes*.

Haremos someramente un estudio comparativo de las diversas formas apopléticas para diferenciarlas de las de origen palúdico.

Las vastas hemorragias de la macula ó de otras regiones más ó menos centrales se producen sin retinitis aparente y determinan los mismos ó más graves síntomas funcionales; pero los caracteres de la hemorragia son distintos de los que afectan las



Hemorragias palúdicas de la retina.

de naturaleza palúdica. En estas se ven tres, cuatro ó mas focos hemorrágicos, generalmente menores que la papila, se asientan en el espesor de la membrana nerviosa, y la sangre se reabsorbe del centro á la circunferencia conservándose en esta por más tiempo un anillo más oscuro. Las hemorragias maculares, por el contrario, son únicas, constituyen una especie de saco entre la retina y la coroides; el líquido enquistado deposita las materias sólidas, y por esto ofrecen al examen oftalmoscópico un foco con dos coloraciones separadas por una línea horizontal, la superior de tinte violado claro ó amarillento, la inferior rojo oscuro. Además estas hemorragias destruyen por compresión la retina y la coroides con que se ponen en contacto; así es que al cabo de mucho tiempo en vez de hemorragia se ve á través de una perforación una placa blanca que no es otra cosa que la esclerótica. No es fácil por consiguiente la confusión de estas dos formas.

En este grupo puede aludirse también á la designada

por retinitis oxalúrica, atribuida al aumento de oxalato de cal en la orina, y caracterizada por la producción en individuos jóvenes de hemorragias abundantes que vierten sus coágulos en el humor vitreo, y por esos mismos caracteres diferente de la de los palúdicos.

La retinitis apoplectiforme por ateroma de los vasos es propia de una edad avanzada y necesita para su diagnóstico la coexistencia de lesiones ateromatosas en otras arterias más accesibles. Por lo demás, las hemorragias oculares presentan como caracteres que las diferencian el ser pequeñas, múltiples, situadas á lo largo de los vasos ó generalizadas, y ser es-triadas. La reabsorción se verifica de los bordes hacia el centro, y deja en definitiva focos de degeneración. La papila y la retina próxima aparecen como veladas y confusas.

Menos aún podrian establecer errores las retinitis albuminúrica y glicosúrica, que constituyen, sobre todo la primera, el tipo de las inflamaciones de la retina. Esta se vuelve edematosa y sus vasos tortuosos; se producen pequeñas hemorragias lineales, aparecen numerosos focos de degeneración bajo forma de placas blancas punctiformes ó alargadas que son características, y sus lesiones evolucionan con tal rapidez que en un solo examen se perciben al mismo tiempo todas estas alteraciones. La retinitis diabética tiene mayor tendencia hemorrágica, pero bastan para diferenciarlas de las hemorragias palúdicas las placas de degeneración que en ella se observan así como el estado inflamatorio de la retina.

A la retinitis leucémica, que yo no he tenido la suerte de observar, se le señalan focos hemorrágicos semejantes á los que indico para el paludismo, parecido que tal vez se deba á la abundancia de leucocitos en ambas enfermedades, pero serían suficientes caracteres para diferenciarlas el edema de la retina y las lagunas hemorrágicas que están situadas más bien al rededor de la macula en la leucemia, segun los autores que de ella se han ocupado.

Creemos por consiguiente que el origen palúdico de las hemorragias puede por lo menos sospecharse á la simple inspección oftalmoscópica, y quedar confirmado por el interrogatorio del enfermo.

DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA.

Este padecimiento se presenta habitualmente en la edad adulta. Los casos que ahora presento ofrecen una particularidad notable, y es que todos corresponden á la raza blanca. El reducido número $\frac{7}{1000}$ de los casos observados no es suficiente para establecer una crítica del porqué de esa predilección.

El desprendimiento de la retina es doble más frecuente en el O. D. que en O. I.; cinco de aquellos para dos de estos. Lo he observado en profesiones muy variadas, desde la vida activa del labrador, hasta la sedentaria de la mujer, ó de aplicación de los ojos de un escribiente.

Respecto á la causa refiere una enferma que recibió agua caliente sobre el ojo, lo que le produjo un quemadura lijera; que á la noche del segundo dia al abrir una ventana que daba al patio (después de estar acostada algunas horas) sintió frio en el ojo, y perdió repentinamente la vista. Dos de los enfermos eran artríticos, en uno de estos, mujer que hacía las labores domésticas, se produjo paulatinamente, empezando por puntos negros y una niebla que le dificultaba la vista.

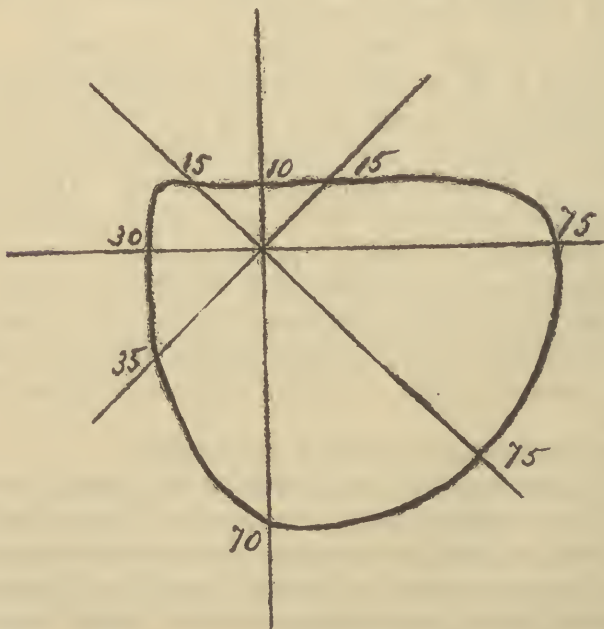
Uno solo de los enfermos era miope. En un caso provocó el desprendimiento la discisión de una catarata secundaria. Pero en dos enfermos no pude ni siquiera sospechar la causa de la afección.

El desprendimiento fué *total* en dos enfermos.

En la inscripción 564, lavandera de 64 años, había un desprendimiento vastísimo de la retina de O. D. que solo dejaba en posición normal una estrecha faja vertical de la membrana nerviosa, extendida desde un diámetro papilar por debajo de la implantación del nervio hasta perderse en la parte superior y algo hácia adentro. Durante los movimientos del ojo la re-

tina flota á manera de un saco medianamente lleno de líquido, con fluctuación manifiesta, liso y redondeado en partes, y con caprichosos pliegues en otras. Avanza en humor vitreo á más de 0^m.006 en lo que puedo juzgar por el oftalmoscopio, pues se ven porciones con toda la serie de lentes convexas hasta 10 dioptrias, y creo que aun en más porque también se distingue algo á simple vista.

La retina es blanco azulosa, surcada por vasos rojos. La papila presenta sus bordes confusos como terminados por muchas estrias radiadas de modo que parece existir una *papiloretinitis*, pero los vasos conservan su disposición normal. En el centro de la papila hay un espacio circular blanco, probablemente fisiológico. T < n. V = p. l. abajo y afuera. La afección es indolente: según expresión de la enferma, tiene *el ojo muerto*.



O. D. — C. v. En un desprendimiento de la retina.—Nº 699.

El segundo caso de desprendimiento total fué provocado por la discisión de una catarata secundaria.

Otras veces el desprendimiento de la retina es *parcial*. Puede serlo en cualquiera dirección, pero lo he observado inferior é infero-externo.

El c. v. queda abolido en toda la porción desprendida.

Como ejemplo véase la

«Inserpeión 974.—O. I. Estafiloma posterior progresiva con tres zonas bien distintas. M = 8.^d Una mañana al levantarse se vió completamente ciega de O. D.: Desprendimiento vastísimo de la retina, que ocupa gran parte (infero-externa) de la membrana, que se ve desgarrada, y flotar con los movimientos del globo, avanzando hasta verse bien con + 10.^d y en regiones distintas con toda la serie convexa y algunos lentes cóneavos hasta — 8.^d La retina no desprendida se ve á través de un velo que hace aparecer el fondo de un rojo oscuro así como la papila. V=p. l. T < n.

El tratamiento médico ensayado no ha conseguido el menor resultado. No he intentado el quirúrgico.





AMBLIOPIAS.

Bajo esta denominación queda incluido todo el grupo de afecciones que se caracterizan por trastornos funcionales sin lesión material apreciable, ó por lo menos bien determinada. Solo hacen excepción la ambliopia alcohólica y la astenopia acomodativa.

Este grupo es ya poco numeroso por la separación de estados morbosos bien definidos. Representa el 44 por 1000 de todas las afecciones oculares; y es en su inmensa mayoría patrimonio de los varones de raza blanca.

HEMERALOPIA.

Dos casos he observado de esta enfermedad, un blanco y un mulato, ambos de más de 40 años. El primero, escribiente, no ofrecía lesiones del fondo del ojo; sólo los vasos centrales parecían adelgazados. El segundo, destacado durante la guerra, en Palma Soriano, refiere que muchos de sus compañeros de armas se vieron atacados al mismo tiempo de esta enfermedad. Durante el día veían bastante bien, pero á la caída de la tarde quedaban tan ciegos que necesitaban ser llevados de la mano para conducirse. A los ocho años continuaba víctima del padecimiento sin que hubiese lesiones materiales en el fondo de sus ojos.

Atribuyo la hemeralopia de este enfermo á las malas condiciones higiénicas de la vida del campamento. A la misma causa hay que atribuir las epidemias de hemeralopia, que según me afirma el Dr. F. Gutiérrez, se observan en el presi-

dio de la Habana en ciertas épocas; y á veces tan continuas que constituyen una verdadera endemia.

AMBLIOPIAS.

El capítulo de las ambliopias era numerosísimo. En él se comprendían todas las enfermedades que determinaban disminución de la vista sin causa apreciable. Hoy, los progresos realizados en oftalmología, han permitido separar de este grupo los defectos de refracción, las atrofiás del nervio óptico, las lesiones de las membranas profundas, etc. Nosotros estudiaremos ahora las

Ambliopias...	}	alcohólica.....	13.
		atáxica.....	2.
		histérica.....	1.
		quínica	1.
		por pérdida de sangre.....	1.
		por diabetes insípida.....	1.
		por falta de uso.....	3.
de causa desconocida.....	1.		

En este cuadro de ambliopias, solo se atiende en la mayor parte de los casos al período inicial de enfermedades, ya hoy perfectamente descriptos como entidades patológicas. Así, la ambliopia alcohólica, es una neuritis que termina por la atrofia de la papila, y se desarrolla con un cuadro clínico bien definido. Las ambliopias atáxica y quínica son también atrofiás de la papila. Estas enfermedades en rigor debieran, pues, estudiarse entre las afecciones del nervio óptico.

AMBLIOPIA ALCOHOLICA.

La generalidad de los autores designan con el nombre de ambliopia tóxica por el alcohol y el tabaco la afección que nos ocupa. En efecto, los hábitos alcohólicos y nicotínicos van habitualmente unidos en la misma persona. Hasta

abundan más los fumadores que los bebedores. Es excepcional un hombre que no fume, mientras que no son raros los que no beben, y bien cierto que sólo una minoría abusan de los alcohólicos. La proporción de esta ambliopia en nuestra estadística es de 13 por 1000 incluyendo dos casos dudosos.

En esta Isla se fuma más que en ningún otro país. El hombre fuma desde la infancia y sea en forma de cigarro ó de tabaco consume durante su vida gran cantidad de esta planta. En el campo también fuman la mayor parte de las mujeres. Aun hay otra causa apropiada para la intoxicación nicotínica; la numerosa población obrera que trabaja en las fábricas de tabaco, respirando una atmósfera saturada de partículas de la hoja, sumamente irritante para las mucosas de las vías respiratorias; de tal modo que quien penetre por primera vez en uno de estos establecimientos difícilmente podría eximirse de estornudar y toser repetidas veces.

Los tabaqueros, por la influencia del medio en que viven se anemian, la piel toma un tinte pálido amarillento, pierden el apetito, se adelgazan, sufren de afecciones de las vías respiratorias, palpitaciones, y se hallan por decirlo así bajo una caquexia especial, de naturaleza cardiaca, debida probablemente á la dificultad que oponen á la hematosis, las partículas nicotínicas arrastradas hasta las vesículas pulmonales. La ambliopia que nos ocupa es sin embargo sumamente rara en estos individuos, así como en todos los que abusan del tabaco; mientras que la mayoría de los que la sufren son manifiestamente alcoholistas y otros solo dicen tomar con moderación; pero sabido es cuan penosa es la confesión de este vicio repugnante.

La observación minuciosa de nuestros enfermos nos ha llevado á considerar como de origen alcohólico todas las ambliopias que se manifiestan por la blancura atrofica de un segmento triangular externo de la papila, cuyo vértice está en el centro y la base en el borde externo del nervio óptico.

Veamos los casos.

Todos los enfermos fueron varones; de ellos 10 blancos y 3 negros.

En Cuba es excepcional que una mujer abuse de los alcohólicos.

En cuanto á la edad, todos los enfermos se hallaban comprendidos entre los 30 y los 54 años. Casi todos fumaban y bebían en grado variable. Aquí se ha generalizado entre los obreros la costumbre de tomar una ó varias mañanas de ginebra ó aguardiente, sin llegar á la borrachera, que en este país no es frecuente.

Ninguna otra causa ha podido sospecharse en los enfermos; uno de ellos solamente padecía de hemorroides y hemorragias por el ano, pero era al mismo tiempo alcoholista.

Respecto á profesiones los había marineros, tabaqueros, carpinteros, labradores, maquinistas y dependientes de comercio.

Los síntomas consisten en la atrofia parcial del nervio de que hemos hablado, que en un periodo avanzado de la enfermedad se hace completa, de color blanco.

Los enfermos empiezan por quejarse de una niebla que les impide ver claro los objetos pequeños sobre todo á la luz del día, pero por la noche ó á una luz poco intensa se encuentran algo aliviados.

Pueden marchar bien sin tropezar, pero no distinguen el punto en que se fijan (*escotoma central*;) así algunos enfermos dicen que al ver una persona no le ven bien los ojos ó no pueden reconocer sus facciones, pero aprecian la distancia, el sexo, y la forma general etc. El *escotoma central* se determina con dificultad, cuando es parcial, pero en muchos casos se reconoce para el verde, el azul, y el rojo que se confunden con gris, violeta, ú otro tinte.

Las pupilas permanecen sensibles, de dimensiones normales. La vista disminuye rápidamente; en dos ó tres meses descendiendo á $1/5$, á $1/10$, y aun menos. Pero aun en estos casos

por la cesación absoluta de los alcohólicos puede recobrar su intensidad primitiva, sin que para ello sea necesario el auxilio de la medicación interna.

En una comunicación hecha á la Sociedad de Estudios Clínicos he tratado extensamente este particular.

AMBLIOPIA ATAXICA.

Bajo este epígrafe me he visto precisado á incluir dos casos de ambliopia en individuos adultos que presentaban síntomas atáxicos (dolores fulgurantes, falta de reflejo rotuliano, diplopia, etc.) sin que por parte de los ojos se viese mas que un estado hiperémico de la retina en uno de ellos.

AMBLIOPIA HISTERICA.

He observado un solo caso, pero interesantísimo de esta forma de ambliopia. Una señorita linfática, de 19 años, de posición social desahogada y esmerada educación, al recibir la noticia de la muerte de un sobrinito en 1887, tuvo un gran ataque de histero-epilepsia. Desde entonces perdió el uso de la vista durante seis días, y la recobró una mañana despues de haber experimentado visiones luminosas. Se le ordenó una ducha de regadera y desde el mismo día reapareció la amaurosis y por esta causa fuí llamado á verla á los dos meses. Presentaba una contracción permanente de los parpados que difícilmente pude entreabrir con los dedos, los orbiculares estaban animados de movimientos fibrilares. No habia inyección conjuntival ni alteración por parte de la cornea ni de los otros medios transparentes. El fondo del ojo, difícil de examinar por la contracción palpebral, y porque los ejes visuales se dirijian hacia abajo—contractura de los rectos inferiores—con oscilaciones laterales, me permitió, sin embargo, comprobar la perfecta integridad de las membranas profundas y de la pupila del nervio óptico. $v \left\{ \begin{smallmatrix} O. P. \\ O. I. \end{smallmatrix} \right\} = o \quad \tau \left\{ \begin{smallmatrix} O. P. \\ O. I. \end{smallmatrix} \right\} = n.$

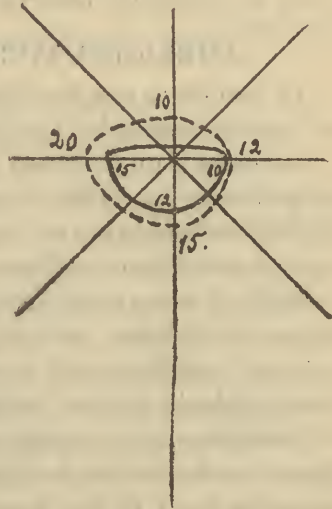
Esta enferma dió ocasión al Dr. Perez Miró de hacer un curiosísimo tratamiento hipnótico publicado en la Crónica de

Enero 1888, que consiguió entre otros resultados devolver su vista á la paciente de un modo gradual, con la particularidad de ver en un principio, los objetos tan pequeños —*micropsia*— que un hombre le parecía del tamaño de un niño de 4 años, y en la mesa los cubiertos le parecían juguetes de muñecas.

Aunque ha recuperado gran parte de su vista, aun no lee sin embargo los caracteres ordinarios en 1890, y persiste la fotofobia viéndose obligada á llevar espejuelos ahumados, ó permanecer en sus habitaciones á media luz.

AMBLIOPIA QUINICA.

Un solo caso, en un señor á quien se le hicieron tomar 20 gramos de quinina en 24 horas, para combatir una perniciosa. De esta observación publicada con detalles en el *Recueil d'ophthalmologie* solo diré ahora que consiste en una atrofia del nervio óptico, que toma color blanco, con disminucién del calibre de los vasos centrales, y estrechamiento concéntrico del campo visual, limitado á unos 15° á 20° al rededor del punto de fijación, de modo que el enfermo parecía mirar á lo largo de un tubo, lo cual dificultaba notablemente la marcha. Aunque en los primeros días de intoxicación quínica, la pérdida de la vista era total, al cabo de algun tiempo le recuperó hasta alcanzar los $\frac{2}{3}$, sin que en esta mejoría, en mi concepto, hubiese influido el activo tratamiento estriánico á que lo sometí, tanto al interior como en inyecciones hipodémicas.



Ambliopia quínica

O. I. Campo visual á los 5 meses

En línea de puntos á los 18 meses

Nº 842.

AMBLIOPIA POR PERDIDA DE SANGRE

En un caso que he observado es, sin embargo, dudoso que esta sea realmente la causa de su afección ocular. Tratábase de un tabaquero de 32 años, que sufrió considerables ataques de hemoptisis durante nueve días seguidos, que lo dejaron en un profundo estado de anemia y sumamente debilitado. Vino á verme á los dos meses, porque llevaba una quincena de ver á través de una neblina que le impedía trabajar. Por el examen de sus ojos descubrí pequeñas nubéculas en ambas corneas restos de oftalmias escrofulosas antiguas. No existía la menor alteración de los medios transparentes; la papila y los vasos centrales tenían su aspecto y dimensiones normales $V=1/8$. La neblina que vé es mas espesa en la porción supero-externa del campo visual.

El enfermo no volvió á la consulta privándonos de continuar su interesante observación.

AMBLIOPIA POR DIABETES INSIPIDA

El caso único que he observado pudiera mejor figurar en el capítulo atrofia de la papila.

Se refiere á un joven, de 16 años, de buena posición social, de padres sanos, al cual examiné por primera vez en Mayo de 1888 solicitado por su médico Dr. A. Albertini para reconocer los trastornos oculares.

Hacia 9 meses empezaron á manifestarse en este joven síntomas de diabetes: poliuria, polidipsia bulimia, enflaquecimiento, cefalalgias que no podía localizar. A los cinco meses acusó diplopia, y á los 7 ambliopia de marcha rápida.

Actualmente hay atrofia de las papilas, con irregularidad de sus bordes indicando cierto grado de inflamación. En polo posterior de O. D. hay una especie de erupción blanca. Las pupilas estan muy dilatadas $H \left\{ \begin{smallmatrix} O. P. \\ I. \end{smallmatrix} \right\} = 1.4$ Distingue los bultos, pero no cuenta los dedos. Estrabismo divergente de O. I., poco pronunciado.

El enfermo siente además falta de respiración por momentos, de tal modo que algunas veces ha creído quedar asfixiado. Otras veces siente náuseas, y vómitos de cuanto alimento toma. Ultimamente ha perdido el apetito. En 24 h. orina de 5 á 7 litros, sin azúcar, con 10 á 13 gramos de urca.

1888. Junio 19. Atrofia blanca de ambas papilas, bien caracterizada. Arterias normales; venas adelgazadas. La lesión del polo posterior de O. D. se presenta ahora como una mancha blanca rodeada de otras menores. En polo posterior de O. I. se inicia la misma erupción en período florido.

V $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{bultos.} \\ \text{O. I.} = \text{cuenta dedos á } 0.^{\text{m}} 80. \end{array} \right.$

Agosto 8. Las papilas no están ya tan blancas; vuelven á tomar un ligero tinte rosado. Las plaquitas blancas han desaparecido en O. I., y en O. D. están muy disminuidas y limitadas entre la papila y la macula.

V $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{bultos.} \\ \text{O. I.} = \text{lée de cerca gruesos caracteres. Conoce las cartas de la baraja.} \end{array} \right.$

Octubre 2. Campo visual puramente central.

V $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{ve el vulto de la mano que se mueve.} \\ \text{O. I.} = \frac{1}{25}. \end{array} \right.$

A petición del padre que desea llevarlo á consultar con los especialistas de New-York, doy la observación escrita, suponiendo como causa probable una lesión situada hácia el ángulo anterior del 4º ventrículo, extendiéndose hasta los tubérculos cuadrigéminos, y algo lateralmente. Suponía que de no ser así pudiera existir una lesión de la base del cerebro.

Nov. 21. A su vuelta de New-York trae escritas las opiniones del Dr. Knapp, que cree, sin afirmarlo, en una lesión del 4º ventrículo; y del Dr. Seguin, que ve en estos síntomas una consecuencia de una meningitis en la proximidad del quiasma.

1889. Setb. 30. Han desaparecido las lesiones maculares. Vasos centrales en buen estado. Papila blanca. $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{bultos.} \\ \text{O. I.} = \frac{1}{30}. \end{array} \right.$

AMBLIOPIA POR FALTA DE USO.

He observado un caso en un hombre que tenía cataratas congénitas en ambos ojos, mayor la de ojo izquierdo. Con este no podía ni siquiera contar los dedos, mientras que en O. D. era normal.

Los ojos estrabicos son ordinariamente ambliopes cuando el estrabismo es permanente y fijo en un ojo. Existe tanto en el estrabismo convergente como en el divergente. Un joven afectado de esta última forma, cuya refracción era

$$M \begin{cases} \text{O. D.} = 3^d \\ \text{O. I.} = 0.5^d \end{cases} \text{ presentaba } V \begin{cases} \text{O. D.} = \text{cta. dedos á } 1.^m \\ \text{O. I.} = 1. \end{cases}$$

La ambliopia del ojo estrabico es demasiado conocida para que nos detengamos en la enumeración de todos los casos comprendidos en esta estadística.

AMBLIOPIA DE CAUSA DESCONOCIDA.

Una negra de 38 años, dedicada á los quehaceres domésticos, y que padecía un tumor del ovario, me consultó por desórdenes funcionales de su O. I. que consistían en la interposición de una niebla que le empañaba los objetos; pero que luego se disipaba, permitiendo á $V=1$. No ofrecía ninguna alteración material apreciable.—Esta observación queda incompleta por no haber vuelto la enferma.

TEMBLOR DE LOS OBJETOS.

Un labrador, sano, de 32 años, que padecía temblor en los dedos de las manos, y que aseguraba no tomar alcohólicos, percibía temblorosos los objetos que miraba con su O. I.—Globo del ojo normal.—Ignoro la significación de este síntoma.

NISTAGMUS.

Esta es una afección secundaria, es decir, consecutiva y dependiente de otras afecciones oculares. Ninguna prueba más evidente que la enumeración de los once casos de nuestra estadística.

1º Uno dependía de un *estafiloma opaco de la cornea*, con perforaciones, y que permitía al enfermito la percepción de la luz.

2º *Leucoma central*.—En dos casos: uno de ellos un niño que nació en ese estado.

3º Por *exudado* que obstruía casi toda la pupila.

4º Por *Cataratas centrales congénitas* en un enfermo.

5º Por *glaucoma* en dos casos, que transcribo por no ser esta enfermedad causa habitual de nistagmus.

Un maestro de azúcar, de 51 años, padece de glaucoma crónico simple, en ambos ojos, en el período atrofico de la enfermedad, con escavación típica, profunda, $T > n$, y $V=O$.—En O. I. hay una catarata blanquecina, de aspecto semiblanca.—La pupila de este ojo es triangular, de borde irregular, como si hubiese existido un traumatismo que niega.

Nistagmus horizontal en ambos ojos, posterior al glaucoma.

Segundo caso: Un negro, panadero, de 58 años, padece glaucoma crónico simple en ambos ojos en período atrofico, con $T > n$, y $V=O$.

Nistagmus horizontal, poco pronunciado.

6º *Atrofia de las papilas*.—En una mujer de $V=O$ era rotatorio, de movimientos cortos, rápidos, sincrónicos.

7º *Epilepsia*.—Una mujer epiléptica que además de cataratas seniles completas, sufría *nistagmus*, de grandes excursiones, y movimientos lentos en todos sentidos.

8º *Sin lesión apreciada*.—A los pocos días de nacer se notó en una niña nistagmus horizontal de ambos ojos. Ejecutan éstos sus movimientos acompasados, lentos, de excursión extensa, y luego siguen una serie de sacudidas pequeñas y rápidas.

La papila es pequeña, sus bordes confusos no pueden distinguirse bien de la retina; vasos centrales casi rectos, delgados. Fondo ojo con poco pigmento.

Otro joven padecía nistagmus horizontal congénito.

$$V \begin{cases} \text{O. D.} = \frac{2}{3} \\ \text{O. I.} = \frac{1}{3} \end{cases} \quad M \begin{cases} \text{O. D.} \\ \text{O. I.} \end{cases} = 0.25^d$$

En fondo ojo sólo se notaban pálidas las papilas.

El nistagmus es con mayor frecuencia congenito, ó desarrollado en la infancia. En los casos citados de estafiloma, leucomas, exudado pupilar, cataratas centrales congénitas, se puede explicar su producción por esfuerzos de los músculos motores para dar acceso á los rayos luminosos por un lado del obstáculo. Pero como esta posición no puede sostenerse por la fatiga muscular, vuelve el ojo á su posición de reposo; y se necesita un nuevo esfuerzo para mejorar la vista. La repetición de este acto, constituye el *nistagmus*, que con probabilidad debe ser irregular, desordenado, intermitente en un principio, hasta que por la lucha de los músculos antagonistas se determina ese estado particular de movilidad involuntaria, mantenido por influjo de la vista en beneficio propio.

El nistagmus es casi siempre *horizontal*, algunas veces *rotatorio*. Las excursiones son ora lentas, ora rapidísimas, ó ya procede por sacudidas que se repiten en series.

No lo he observado en los chinos; es muy raro en los negros.





AFECCIONES DE LOS MUSCULOS OCULARES.

Las enfermedades de los músculos del ojo son bastante frecuentes: representan el 85 por 1000 de nuestra estadística. En este grupo comprendemos las alteraciones de los músculos motores del globo, y trastornos funcionales dependientes de la fatiga del musculo ciliar.

ASTENOPIA ACOMODATIVA.

Esta es una afección hoy bien conocida, dependiente de la fatiga del músculo ciliar y que por consiguiente con mejor derecho figura entre las afecciones musculares que no en el número de las ambliopias donde hasta hoy se ha estudiado.

Es propia de los hipermetropes que no pueden fijarse largo tiempo á corta distancia sin un esfuerzo considerable, y mayor que el correspondiente al de convergencia, lo cual trae consigo la rápida fatiga del músculo ciliar, con dolor ocular, superciliar, frontal, dificultad para distinguir, enturbiamiento de la vista, y en fin imposibilidad de ver de cerca por el abandono forzoso de la acomodación.—Es característico de la astenopia que despues de un reposo más ó menos prolongado vuelven á estar los ojos en condiciones de distinguir de cerca.

El astigmatismo es causa tambien de astenopia acomodativa por que el sujeto se halla en la imposibilidad de distinguir con claridad los objetos, y por las contracciones irregulares á que para conseguirlo se ven probablemente obligados los músculos ciliares.

ESTRABISMO CONVERGENTE.

El estrabismo convergente se observa en los dos sexos. En nuestra estadística que alcanza 36 casos, se nota la particularidad de ser frecuente en la raza blanca, mientras que no figura un solo ejemplo entre los negros y los chinos, sin embargo no es esto decir que en la raza negra no se produzca, pues lo he observado posteriormente.

Las notas que he tomado sobre estrabismo son muchas incompletas, por ser imposible un examen cuidadoso cuando no se está en el gabinete de consulta, como sucede con frecuencia; pero son suficientes para sacar algunas deducciones.

El estrabismo convergente se produce habitualmente antes de los 5 años generalmente hácia los 3, época en que los niños empiezan á fijarse á corta distancia; es raro despues de los 10 años. Los que se ven en la edad adulta, ó se iniciaron en la infancia, ú obedecen á causas de que nos ocuparemos.

Sabido es cuanto influye el estado de la refracción en la génesis del estrabismo. De nuestros enfermos ni uno solo era Miope; había un Emmetrope, otro caso de astigmatismo, y 11 de hipermetropía. Uno de los enfermos descendía de una familia de hipermetropes, y él tambien lo era. La H de estos niños ha variado de 1 á 6 dioptrias; oscilando por termino medio de 3 á 5.—Un defecto de refracción que en mi concepto influye grandemente como causa de estrabismo es la anisometropía hipermetrópica. De los ojos en que he hecho esta observación habia para

O. D.=+3	O. D.=+5.	O. D.=+3.	O. D.=+5.
O. L.=+4.	O. L.=+1.5	O. L.=+1.5.	O. L.=+3.

Los leucomas son tambien causa de estrabismos. He comprobado este aserto 7 veces; sin embargo, como dos de estos enfermos eran H y en los otros no se ha especificado la refracción, pudiera persistir la duda sobre si esta sería la verdadera causa. Véanse algunos ejemplos.

Mulata de 23 años, con *Nubécula central* de O. D. producida por la viruela en la infancia. Estrabismo convergente O. D.

Un tabaquero de 18 años, que padecía de *leucoma central*

adherente en su O. D. microftálmico, padecía en el mismo estrabismo convergente.

En un niño de 2 años, con *nubécula centrales* en O. D. por oftalmía escrofulosa, vió la madre producirse al cabo de algun tiempo el estrabismo convergente. Pero hay que advertir que $H=4^d$.

Una señorita con H. y *leucoma central* en O. I. vió producirse sobre el mismo un estrabismo convergente.

Las *convulsiones* pueden originar el estrabismo. Una sobriñita mía que padeció de fiebre grave en su primera dentición con convulsiones, quedó fuertemente estrabica. Después de algun tiempo la desviación era menor. Ni sus padres ni ninguno de sus cinco hermanos padece estrabismo ni es H.

He observado otro caso análogo, por eclampsia infantil que hizo estrabico el O. D.—Y en fin, otro estrabismo convergente de O. D. por *eclampsia puerperal* á los 34 años.

La parte que á la herencia corresponde en la producción del estrabismo no es probablemente otra que por herencia de la hipermetropía. He conocido una familia en la cual había varias hermanas estrábicas. Y en Santa Clara vi una niña estrabica de O. D. cuyos tíos maternos adolecían todos de la misma enfermedad.

El estrabismo después de un periodo latente se manifiesta alternante, luego uno de los ojos se desvía de preferencia hasta que queda definitivamente excluido para la fijación de los objetos. En nuestra estadística con casi igual frecuencia se ha fijado el estrabismo en cada uno de los ojos.—La desviación en los casos extremos ha alcanzado hasta 40° .

La vista del ojo estrabico es con frecuencia defectuosa, y probablemente habrá cierto grado de ambliopía por la falta de uso pasado largo tiempo. En algunos casos he anotado simplemente $V < n$, y en otros la vista ha quedado reducida en las siguientes proporciones: $2/3$, $1/3$, $1/10$, $1/30$, simple percepción luminosa, mientras que en el congénere $V=1$.

ESTRABISMO DIVERGENTE.

He observado esta afección con igual frecuencia en los dos sexos. Es mucho más rara que el estrabismo convergente. Solo tuve ocasión de observarlo en las razas blanca y negra.

Igual número de veces en cada ojo. De los enfermos en quienes se tomó la nota más completa había: emmetropes, dos; hipermetropes, dos; uno de ellos anisometrope; y lo era también el único caso en que se comprobó miopía. Al principio es constante la diplopía cruzada, y en uno de los casos persistía después de muchos años. La vista se conservaba intacta en dos casos, era en uno menor que la normal, en otros igual á $\frac{1}{10}$, ó á contar los dedos. Las profesiones de estos enfermos eran variadas y no guardaban relación causal con su padecimiento.

Respecto á la etiología, fué consecutiva á un ataque de histero-epilepsia en una jóven costurera, ó una estrabotomía del recto interno en un jóven del comercio, y á una parálisis del tercer par en una negra. En una jóven, de 20 años, costurera, que tenía un leucoma central en O. I. que ocultaba la pupila, se veía este ojo en estrabismo divergente con desviación de 35° . En O. D. había $H = 1$.

$$V \begin{cases} \text{O. D.} = 1 \\ \text{O. I.} = \frac{1}{33} \text{ por causa del leucoma.} \end{cases}$$

En una señora con estrabismo divergente poco pronunciado, había síntomas atáxicos, aunque no suficientes para afirmar este diagnóstico. En un adulto coincidía el estrabismo con una catarata capsular desgarrada, que permitía la percepción de los bultos, y en fin, en otro enfermo se observó sobre un ojo atacado de glaucoma crónico bien caracterizado.

ASTENOPIA MUSCULAR.

Un estudiante de medicina, con $M \left\{ \begin{smallmatrix} 0. & P. \\ 0. & I. \end{smallmatrix} \right\} = 8$ drioptrias. padecía de insuficiencia de los músculos rectos internos, que se manifestaba en estrabismo divergente con diplopía hetero-

nima cuando se fatigaba en la lectura. Para leer tenía el hábito de inclinar la cabeza del lado izquierdo para evitar el desdoblamiento de las letras, y la diplopia por desviación externa del O. D.

PARALISIS DEL 3^{er}. PAR.

De los tres casos de parálisis del motor ocular comun comprendidos en esta estadística, en uno se limitaba á la rama del párpado superior izquierdo, *ptosis*, producido *a frigore* según dice el enfermo, y contra el cual fueron impotente todos los medios empleados.

En un corredor, de 35 años, probablemente sifilítico, se declaró una parálisis del 3^{er}. par derecho, que atacó todos los ramos de los músculos exteriores; pero que dejó intacta la movilidad de la pupila y la acomodación, puesto que el paciente podía leer caracteres pequeños á 0^m.25 de distancia.

Desde 15 dias antes de establecerse la parálisis sentía dolores occipitales y en la región fronto-parietal derecha y vértigos oculares con pérdida momentánea de la vista, que se repetían varias veces en el día.

El tercer caso ofrecía un cuadro sintomático complejo. Era un carpintero que cayó de un andamio. Pérdida de conocimiento. Al volver en sí, se observó parálisis del 3^{er}. par izquierdo, completa, con *ptosis* que le impedía imprimir el menor movimiento al párpado, desviación del eje visual que permanece casi fijo en la comisura pelpebral externa, y dilatación pupilar.

Al mismo tiempo sufría parálisis del 7^o par y paresia del glosofaringeo.

Estado general grave. Soñolencia, torpeza de las facultades intelectuales y desórdenes de la palabra.

Se creyó probable una hemorragia del bulbo hacia el origen del 7^o y 9^o par.

PARALISIS DEL 4º PAR.

He observado un solo caso de paresia del 4º par derecho en un adulto, hipemetrope de 5.50 dioptrias, y con $V \begin{cases} \text{O. D.} = 1/60'' \\ \text{O. I.} = 1/2'' \end{cases}$. No tenía alteraciones del fondo de los ojos. Se quejaba de sentir ruido dentro de la cabeza y vértigos. Para ver mejor tenía que cerrar un ojo.

PARALISIS DEL 5º PAR.

Un tabaquero, probablemente sifilítico, padecía de anestesia en la región del 5º par derecho. (1) No es completa sino una disminución de la sensibilidad, que también se advierte para la percepción de los olores con la nariz del mismo lado. La piel de esa región estaba lisa y brillante, de color blanco pálido.

$$H \begin{cases} \text{O. D.} = 1 \\ \text{O. I.} = 2 \end{cases}$$

Con el oftalmoscopio se nota un extasis de las ramas de la vena central de la retina, que presentan flexuosidades y están más gruesas que en estado normal. La papila turgesciente. Excavación fisiológica. El fondo del ojo aparece velado. Se queja de zumbido constante en oído derecho.

PARALISIS DEL 6º PAR

Cuatro casos en individuos blancos, dos varones y dos hembras. En ninguno quedó bien establecida la causa. Uno de los enfermos venía padeciendo neuralgia facial del mismo lado.

En tres casos la parálisis se asentaba en O. D. y en uno en O. I.—Todos se veían fuertemente incomodados por diplopia homónima, lo que les obligaba á cerrar el ojo afecto, ó á inclinar la cara sobre el hombro del lado paralizado.

(1) En los leprosos es muy común la anestesia completa del ojo y de sus anexos.

NOTAS:

1ª.—Pag. 3 línea 9. Por observaciones posteriores he comprobado que los hombres mestizos de blanco y negra, son habitualmente de buena constitución, y que heredan cualidades de ambas razas.

2ª.—Pág. 22 línea 12. En la niña de esta observación había desaparecido todo abultamiento de los senos frontales cuando la ví por última vez en 1890 estando ya en prensa esta obra.

NOTAS FISIOLÓGICAS.

Como complemento al estudio que acabamos de hacer nos corresponde exponer ciertas observaciones fisiológicas, que bien para establecer ó completar el diagnóstico, ó como simple curiosidad hemos tomado en los enfermos de nuestra estadística.

Para mayor claridad las dividiremos en varios grupos:

- 1º Defectos de refracción.
 - 2º Coloración del iris.
 - 3º Reflejo verde del cristalino.
 - 4º Arco-senil.
 - 5º Pigmento de la conjuntiva.
-

REFRACCION.

Los defectos de refracción de los ojos fueron en un tiempo considerados como una forma de ambliopia. El astigmático veía los objetos confusamente, el miope solo podía distinguirlos á corta distancia, y los hipermetropes de cierta edad no podían en modo alguno percibirlos con claridad. El estudio del aparato óptico del ojo permite reconocerlos hoy fácilmente, y el empleo de espejuelos colocarlos en condiciones normales de funcionamiento.

La consulta de muchos enfermos ha obedecido á este fin; en otros se ha reconocido incidentalmente el estado de la refracción, al examinar las enfermedades de las membranas profundas. Estas observaciones por lo tanto no son proporcionales al total de los enfermos.

MIOPIA.

La causa principal de la miopia es el esfuerzo constante de acomodación sobre objetos pequeños.

V.	H.	B.	Ch.	M.	N.	-20	+20	+30	+40	+50
17	10	26	...	1	...	2	10	7	3	5

Atendida la causa no es de extrañar que sea algo más frecuente en los hombres que en las mujeres, y que sea patrimo-

nio casi exclusivo de la raza blanca, que se ocupa en trabajos de lectura, escritorio, artes liberales, etc., mientras que las otras razas se entregan principalmente á las artes mecánicas y á los trabajos de campo que apenas exigen esfuerzos de acomodación.

La mayor parte de los miopes de que me ocupó hacían trabajos de lectura, escritura, etc., en cambio no figura entre ellos un solo labrador.

La miopia es muy rara en la infancia, su mayor desarrollo según nuestras observaciones es en el período de 20 á 30 años, época en que el hombre se ocupa con mayor asiduidad en trabajos de aplicación. La miopia, pues, es ordinariamente adquirida, y su marcha progresiva cuando los ojos continúan metidos á las causas que la originan.

Entre estos había seis miopias con estafiloma posterior, en casi todos de marcha progresiva, con dos ó tres zonas de atrofia de la coroides junto al borde externo y algo inferior de la papila. Casi todos consultaron por la miopia simplemente; pero lo hicieron por

Vértigo ocular.....	1
Hemorragia de la macula....	1
Hemorragia ecuatorial.....	2
Conjuntivitis crónica	3
Catarata.....	2
Blefaritis.....	1
Estrabismo divergente.....	1

Respecto á las hemorragias de la macula he observado además de este, otro caso curioso. Un jóven emmetrope con esta enfermedad en un solo ojo, y $V = p. l.$ tenía á los tres años $M = 3^d$ con estafiloma posterior progresivo.

El grado de $M.$ ha oscilado de 0.50^d á 12^d . En la mayor parte de los casos había desigualdad de refracción en los ojos, *Anisometropia*.

REFRACCION.	
O. D.	O. I.
-2	-8
-7	-3.5
90°-4-5	-1
-12	-3.5
-4	-2.5
-5	-5
-12	-12
-8	-8
-1.5	-1.5
-2.5	-2.5
-1.75	-2.25
-5.5	-5.5
-5	-5
-2.75	-2.75
-4	-5
...	-1
-3	-3
-12	-12
-2	-1.5
-1.5	-1.5
-7	-7
-1.75	-1.75
-2.25	-2.25
-5.5	-5.5
-3.5	-2.5

VISTA.	
O. D.	O. I.
1/3	1/3
1	1
1/2	1/2
1	2/3
1	1
1	2/3
1	2/3
2/3	1/2
1	1
0.6	0.5
1	1
2/3	1
3/10	3/10
2/3	4/10
1/10	1/10
2/3	1
1/2	1/2
1	1
1/50	1

La intensidad de la vista es normal, ó puede estar disminuida en proporción moderada de $\frac{2}{3}$, $\frac{1}{2}$, ó bien en grado extremo como $\frac{1}{10}$, $\frac{1}{50}$, en casos de estrabismo, de hemorragias intraoculares.

HIPERMETROPIA.

La Hipermetropia es un defecto de la refracción que consiste en que los rayos de luz que llegan paralelos al eje visual enfocan por detrás de la retina. Su diámetro antero-posterior es por consiguiente menor que el de un ojo normal.

TOTAL.	SEXOS		RAZAS				EDADES					
	V.	H.	B.	Ch.	M.	N.	-10	+10	+20	+30	+40	+50
43	20	23	37	..	4	2	5	13	6	6	6	7

La hipermetropía es ordinariamente congénita, y pasa desapercibida mientras el músculo ciliar tenga potencia para sostener la acomodación á corta distancia. Esta potencia es considerable antes de la pubertad, y así no es extraño que los casos indicados en la infancia hayan consultado solamente por estrabismo convergente. Después de los 15 años, las personas entregadas á trabajos de aplicación continua de los ojos (lectura, escritura, costura, &c.) no pueden sostener mucho tiempo la contracción violenta del músculo ciliar, cuya fatiga se traduce por cefaleas, dolores oculares, enturbiamiento de la vista, imposibilidad de fijar, hiperemia conjuntival, todos los síntomas en fin de la astenopia acomodativa, que impele á los enfermos á solicitar los auxilios médicos. Hasta los 30 años solo son víctimas de astenopia los grados maximos y medios de hipermetropía; pero al acercarse la época de la presbicia, especie de astenopia fisiológica para los ojos enunmetropes, se ven los hipermetropes con mayor razón obligados á recurrir al empleo de lentes convergentes para suplir la impotencia del cristalino para la acomodación.

Si se observan mayor número de casos de hipermetropía entre los blancos en las consultas médicas no es debido á que sea mas frecuente en ellos que en las otras razas, sino que la naturaleza de los trabajos á que se dedican provocan la astenopia acomodativa, mientras que en las razas de color que ejercen profesiones mecánicas que no requieren la aplicación continúa de los ojos ni la mucha aproximación de los objetos, se hace menos evidente el defecto de refracción ni es tal la fatiga de los ojos que obligue imperiosamente al uso de espejuelos.

En algunos enfermos que acuden al médico por otras enfermedades se descubre accidentalmente la hipermetropía, tal ha sucedido 3 veces en casos de glaucoma, en uno de coroiditis, y en otro de herpes oculares.

El grade de H. varió de 0.5 á 8 dioptrias, pero en ningun caso

alcanza las cifras elevadas de las miopias extremas. Habitualmente solo observamos hipermetropías de 1 á 5 dioptrías. En el adjunto cuadro colocamos el grado de H en una serie de

H		Vista	
O. D.	O. I.	O. D.	O. I.
2	2 estrab.	1	1
3	3	1	1
5	5 estrab.	1	1
5	5	1/60	1/2
1	1.5 estrab.	1	2/3
4	4	1	1
1	1	1	1
1.5	1.5	1	1
3	4 estrab.	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
5.5	5.5	1	1
4	5	1	1
3	3	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
7	7	2/3	1/2
1	1	1	1
3	1.50 estrab.	1	1
1.25	1.25	1/50	1/4
4	4 estrab.	1	1
4	4	1	1
8	8	1	1
3	3 estrab.	1	1
5	6	2/3	1
5	3 estrab.	1	1
1	1	1	1
3	3	1	1
1	1	1/3	1/3
6	5 estrab.	1	1
3	3	1	1
1	1	1	1
2	2	1	1
2	1.5	1	1
1	1	1	2/3
6	6 estrab.	1	2/3
6	6	2/3	2/3

individuos y es curioso que la mitad de casos de estrabismo convergente se observarán en hipermetropes *anisometropes*, es decir, con distinto grado de refracción para cada uno de los ojos.

Los hipermetropes mantienen el músculo ciliar en un grado de contracción más ó menos permanente, más ó menos intenso, y con frecuencia dos exámenes sucesivos ofrecen resultados diversos. De aquí que en muchos casos haya que anotar la hipermetropía total, (paralizando la acomodación), y la hipermetropía manifiesta. Véanse ejemplos:

Ht.	7	4	5	3	6
Hm.	1.50	2	1	1.5	1.5

Los hipermetropes gozan de ordinario de una excelente agudeza visual. Los casos indicados con cifras algo inferior á la normal eran estrabícos, y aquellos en que ha descendido á $\frac{1}{50}$, $\frac{1}{60}$ eran enfermos de glaucoma ó coroiditis.

ASTIGMATISMO.

No hemos puesto empeño especial en la investigación del astigmatismo por las dificultades que ofrece su corrección dada la infinita combinación de lentes que requiere un país como este donde no se conoce esa industria. Expondremos solo algunos casos en que se determinó para establecer el diagnóstico, refiriéndonos solo al astigmatismo *regular* pues la forma *irregular* es tan numerosa como los leucomas á los que siempre acompaña, así como á algunos trastornos del cristalino.

SEXO.	AST. REGULAR.		VISTA.	
	O. D.	O. I.	O. D.	O. I.
H.	(15°-4.5)-6	(0°-4.5)-6	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$
V.	+2	(0°+2)+1.5	1	$\frac{1}{2}$
V.	-1	(90°-4)-5		
V.	(90°+6)	(90°+6)	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$

Los enfermos de astigmatismo no ven claro á ninguna dis-

tancia; tan pronto acercan como alejan los objetos, inclinan la cabeza buscando una posición más favorable para la clara percepción, y sufren los dolores supraorbitarios y ciliares de la astenopia acomodativa.

El astigmatismo se observa en uno solo, ó en ambos ojos; y en este caso con los ejes paralelos ó no, y en combinaciones muy diversas, ya miopicas, ya hipermetrópicas.





COLORACION DEL IRIS.

El iris ofrece colores variados, que guardan relación con la pigmentación de la piel. Así, el hombre blanco y rubio de las regiones frías muestra en sus ojos un dulce tinte azul celeste, mientras que á la piel negra del africano acompañan ojos de un moreno oscuro, casi negro visto á distancia. Entre estos dos tipos extremos hay una gradual variedad de tonos.

Tomadas estas observaciones en un principio sin intención de darles forma, no se ha establecido una escala de coloración para darle toda la precisión que requiere, ni tampoco se refiere al total de los enfermos.

Véase el cuadro basado en un total de 224 individuos. La

COLOR DEL IRIS.	NUM.
Despigmentación	1
Azul	21
Verde.....	22
Pardo.....	180
Total.....	224

mayoría de los habitantes de la Isla, blancos de piel atezada y pelo negro, y la raza negra, tiene los ojos de color pardo más ó menos oscuro.

DESPIGMENTACION DEL IRIS.

De un chino, labrador, anoté la siguiente observación: Desaparición junto á la pupila del pigmento del iris, que pre-

senta dos zonas, una de color pardo en la periferia, y otra transparente en el centro, de tal modo que á la primera inspección parece un caso de aniridia.

IRIS AZUL.

Todas las personas de iris azul pertenecían á la raza blanca, tenían la piel más ó menos pálida, y el pelo rubio ó castaño. Sabido es que á los niños rubios se les oscurece el pelo á medida que crecen hasta adquirir un tono castaño oscuro en la edad adulta. También al nacer tienen los niños un viso azulado en los ojos, que desaparece en breve tiempo.

De estas personas de ojos azules, uno era francés, 8 españoles, y 12 criollos. Entre estos últimos había dos que eran hijos de alemanes.

IRIS VERDE.

Se reparten estas personas en 19 criollos todos de raza blanca, dos españoles y un alemán. Casi todos tenían el pelo castaño, pero el de algunos era negro. El color de la piel era en unos blanca en otros trigueña.

Hay, sin embargo, mulatos con ojos azulosos y verdes.

Varias veces he visto ojos verdes en hijos de padres que lo tenían azul uno de ellos, miéntras que en el otro eran pardos. — Esta mezcla puede explicarse por la combinación del azul con el rojizo de los ojos pardos.

IRIS PARDOS.

Esta es la coloración más común en los ojos de las personas que viven en Cuba. Es la que exclusivamente tienen los negros, cuya abundancia de pigmento en el iris es tal que aparece negro á distancia y moreno rojizos examinados cuidadosamente. La mayoría de los mulatos tienen también los ojos de color pardoscuro. En los chinos es menos abundante el pigmento. En la raza blanca la coloración parda es más ó ménos intensa, en relación con el color de la piel y los cabellos; más pronunciada en las personas trigueñas, que en las de piel blanca.



REFLEJO VERDE DEL CRISTALINO.

En las personas de 40 años, y particularmente después de los 50 no es raro observar fisiológicamente el reflejo verde del cristalino.

TOTAL	RAZAS.								EDADES					PROFESIONES							
	B.		Ch	M.		N.		+30	+40	+50	+60	+70	Enfermeros	Lavanderas	Cocineros	Costureras	Carpinteros	Labradores	Profesores	Comercio	Su casa.
	V.	H.		V.	H.	V.	H.														
34	7	13	4	...	1	3	6	3	6	13	9	3	1	2	2	2	3	7	2	3	10

En un trabajo sobre este asunto leído en 1887, ante la Sociedad de Estudios Clínicos, consideraba como causa de esta coloración del cristalino alteraciones de nutrición, por conse-

AFECCIONES QUE PADECIAN.

AFECCIONES QUE PADECIAN.	
Conjuntivitis crónica.	2
Ulcera de cornea.	1
Conjuntivitis granulosa	1
Albugo.	1
Iritis.	1
Glaucoma.	11
Neuro-retinitis.	2
Desprendimiento retina	1
Copos de vítreo.	1
Coroiditis.	1
Catarata.	1
Ambliopia.	1
No lesiones.	1

cuencia de la esclerósis de los tejidos en una edad avanzada, apoyándome en las siguientes consideraciones.

El cristalino durante la primera mitad de la vida es incoloro y perfectamente transparente. Es el estado tipo de la lente. A la inspección simple y la luz focal la pupila aparece completamente negra porque el observador no recibe ninguna luz del ojo. Al exámen oftalmoscópico los detalles de las membranas profundas se presentan con toda su pureza, mientras que el cristalino es invisible porque se deja atravesar por los rayos luminosos como el más límpido cristal, de tal modo, que para darnos entonces cuenta de su presencia se requiere el estudio de la refracción.

Después de los 30 años adquiere color. Este puede ser un tinte amarillo ó verde. La coloración amarillento *ambarina*, constante á una edad más ó ménos avanzada, *puede considerarse como un signo de vejez*: empieza por el núcleo, donde siempre es más intensa y se desvanece en las capas corticales hasta ser inapreciable en el ecuador. Esta coloración revela la esclerósis de la lente que á la vez que se hace mas compacta toma una forma aplanada. Pero las funciones oculares se conservan en estado fisiológico: el cristalino es transparente, y no hay otro cambio que el ya conocido de la disminución de amplitud acomodativa.

La coloración *verde* es la más importante de todas, porque se presenta tanto en el estado fisiológico como en el patológico, y puede por lo mismo dar lugar á confusiones, hoy afortunadamente raras, pero que fueron lamentables y frecuentes antes de la invención del oftalmoscopio.

El cristalino verde es siempre transparente. Cierto es que á la inspección puede producir la ilusión de una catarata; pero ya á la luz focal se vé la perfecta transparencia del segmento anterior del cristalino, mientras que sus capas profundas aparecen de un verde turbio, ó bien como un finísimo polvo verde exparcido por toda la lente. Pero al usar el oftalmoscopio

se siente un momento de sorpresa al contemplar con toda claridad los detalles de las membranas profundas del globo ocular á través de un cristalino perfectamente transparente. Esta circunstancia permite fijar la significación del color verde, por la existencia ó ausencia de lesiones profundas.

La distinción que de este reflejo debe establecerse entre el estado fisiológico y el patológico se refiere principal, sino exclusivamente al glaucoma. Sin embargo, como lo he observado también en algunas cataratas durante su período de formación, pudiera estáo inducirnos á creer en alguna influencia debida á la esclerósis de la lente, ó mejor dicho, á los trastornos nutritivos que son origen de la opacidad. La misma observación puede hacerse respecto de la iritis, retinitis y coroiditis en que suele observarse, porque todas estas afecciones determinan desórdenes de la circulación intraocular. Pero de todos modos sólo es constante en el glaucoma; y el diagnóstico de esta enfermedad se facilita mediante el exámen de los múltiples síntomas que la caracterizan y de los desórdenes funcionales que le son propios y que sería ocioso exponer aquí, mientras que el estado fisiológico se patentiza por el funcionamiento normal del órgano.

Pero este fenómeno en cualquier estado que se le considere reúne ciertas circunstancias idénticas que pueden servirnos para interpretarlo desde un solo punto de vista, quiero decir, para hacerlo depender de una causa única. Así, pues, el glaucoma es una afección de la segunda mitad de la vida, y tiene al *reflejo verde* por *síntoma constante*. Este fenómeno en estado fisiológico es también propio del mismo período de la vida. El glaucoma es debido á un exceso de la tensión intraocular, á consecuencia de la disminución de la excreción de los líquidos interiores del globo, permaneciendo normal la secreción. En la vejez por la esclerósis de los tejidos se dificultan también las excreciones. En ambos casos, por consiguiente, hay alteraciones circulatorias. Acabamos también de ver que

en otras afecciones oculares que producen alteraciones circulatorias suele presentarse este reflejo, no señalado hasta hoy, por no haber fijado los médicos su atención en un síntoma tan secundario y á veces tan poco aparente que para reconocerlo se necesita el propósito deliberado de buscarlo.

Ahora bien, ¿en todos estos casos no será la misma la causa de la producción de este reflejo, es decir, la dificultad de las excreciones de los líquidos intraoculares, que siendo poco pronunciada se limite á un trastorno molecular del cristalino, que tomará color verde, y que siendo más intensa origine además todos los graves desórdenes del glaucoma? Así me inclino á creerlo. 1º porque el exceso de la presión glaucomatosa es ciertamente la causa del reflejo verde; y 2º porque efectos iguales son determinados por causa iguales.

Hoy con mayor número de observaciones, sigo creyendo razonable la teoría. En la década de 50 á 60 años es más frecuente. Nunca lo he observado antes de los 35 años. Y la mayor parte de las enfermedades que padecían esos enfermos producen un trastorno notable de la circulación intraocular.

Es curioso si se confirmase en gran número de observaciones, que el reflejo verde sea doble más frecuente en las mujeres que en los hombres.

No considero que las profesiones por sí solas influyan en ese color del cristalino.





ARCO SENIL.

El arco senil ó *gerontoxon* es una manifestación de senectud, que acompaña á los múltiples trastornos del ateroma.

Consiste en la degeneración grasosa de una porción de la cornea, siempre la misma. Aparece primero en la mitad superior sobre el diámetro vertical, y desde allí se extiende como una cinta por ambos lados hasta alcanzar el diámetro horizontal formando entonces un semicírculo blanquecino azulado, con apariencia finamente granulosa, liso y mate, de 0.^m001 á 0.^m003 de ancho, y distante un milímetro ó poco más del borde esclerotal.

Después de haberse iniciado en la parte superior y antes de que se complete el semicírculo, aparece y marcha de un modo idéntico en la mitad inferior de la cornea hasta alcanzar también su diámetro horizontal. Llegado este momento el arco se convierte en *círculo senil*, concéntrico y próximo al borde de la cornea; y se muestra como un anillo blanco sobre fondo oscuro del iris que da un aspecto especial á las personas que lo sufren. El arco senil es perfectamente simétrico en ambos ojos.

Se presenta en los dos sexos, y en todas las razas con casi igual frecuencia proporcionalmente. En cuanto á la edad en que aparece, no lo he observado nunca antes de los 42 años, y solo dos antes de los 50. Las profesiones que ejercían las personas en quienes he visto el *gerontoxon* no influyen en su producción, y si alguna existe debe concederse á los oficios

que exponen á un calor intenso, pues de 27 casos he anotado 11 en labradores, 1 en caldereros, 1 en panaderos, y 5 en mujeres ocupadas en los quehaceres domésticas, incluso en los de cocina algunas.

SEXOS.		RAZAS.				EIDADES.					
v.	II.	B.	CH.	M.	N.	+ 40	+ 50	+ 60	+ 70	+ 80	+ 90
20	7	18	2	2	7	2	11	5	2	5	2

La mayor parte de los blancos con arco senil eran criollos, y los negros eran africanos. Estos, porque ordinariamente alcanzan edad avanzada, mientras que sucede lo contrario á los blancos peninsulares y extranjeros que con frecuencia abandonan el país al retirarse de los negocios.





PIGMENTO DE LA CONJUNTIVA.

Esta membrana en su estado normal es perfectamente transparente sobre el ojo, inapreciable, viéndose al través el blanco de la esclerótica.

En la raza negra es muy frecuente la abundancia de pigmento negro sobre ella, todo alrededor de la córnea, particularmente junto al borde superior. Esta pigmentación tiene la apariencia de numerosas manchitas negras confluentes, muy pequeñas. Algunas veces he visto también en los negros sobre la conjuntiva bulbar lunares, redondeados ú ovalados de 0.^m002 á 0.^m003 de diámetro. La carúncula lacrimal aparece como un punto negro saliente sobre el color rosado del ángulo interno de los ojos.



ESTADO DEL ORGANISMO

EN LAS

ENFERMEDADES OCULARES.



En el curso de la estadística hemos estudiado enfermedades exclusivas de los ojos, locales, con integridad perfecta de todo el resto de la economía, tales como lesiones traumáticas, catarros conjuntivales, estrabismos, etc. Pero otras, y en gran número, son sintomáticas, de enfermedades generales ó que afectan á un sistema anatómico, ó á un órgano importante, ó como simple manifestación refleja de otros padecimientos. La escrófula, la sífilis, el ateroma arterial, las nefritis, entre otras, están hoy universalmente reconocidas, como enfermedades que pueden presentar múltiples lesiones oculares. De estas, algunas revisten tal importancia clínica, que con frecuencia bastan para descubrir un padecimiento general hasta entonces desconocido. En prueba de ello, recuerdo el caso de un farmacéutico de Cárdenas, de piel pálida, y cara abotagada, con algunos trastornos gástricos y pérdida de fuerzas, al cual se había dicho, sin un detenido exámen por supuesto, que solo estaba anémico y se le recomendó en consecuencia una temporada de campo.

Habiéndome consultado por una forma rara de *conjunctivitis edematosa recidivante* despues de un exámen completo de todas las partes del ojo para investigar la causa descubrí una *retinitis albuminúrica* típica ya antigua, en periodo regresivo, en uno de los ojos. El interrogatorio de los otros síntomas, y el análisis de las orinas establecieron todo el cuadro clínico de la *nefritis parenquimatosa*.

Otro caso.—Una madre me consulta por la queratitis intersticial que había dejado ciego á su hijo, de 4 años. A pesar de no tener ella estigmas sifilíticos ni por el interrogatorio reco-

nocerlo en el marido, establecí la medicación mercurial por el solo aspecto de la enfermedad; y algunos meses después se me presentó al niño con perfecta transparencia de sus corneas. Queda, pues, probada la sífilis hereditaria.

Otros ejemplos pudiera citar en apoyo de la importancia que tienen los síntomas oculares para el diagnóstico de afecciones generales ó de otros órganos, pero como ese es el objeto de este capítulo, pasaremos revista á todas las enfermedades no oculares que padecían nuestros enfermos oftálmicos, esté ó no averiguado si entre ambas existe ó no una relación directa, puesto que el fin de este trabajo es la simple exposición de los hechos observados.

Ningun orden bien definido podemos seguir en la relación de las enfermedades generales que han de ocuparnos, pero empezaremos por las que afectan á la generalidad del organismo, para continuar con las enfermedades de los aparatos, y terminar con las localizadas en algun órgano, del modo que indica el cuadro adjunto.

Anemia
Linfatismo
Escrófula
Raquitismo
Tuberculosis
Sífilis
Lepra
Cáncer
Reumatismo
Paludismo
Diabetes
Albuminuria
Alcoholismo
Viruelas
Idiotismo
Histerismo
Epilepsia
Hemiplexia
Ataxia
Esclerosis en placas
Meningitis
Jaquecas
Cardiacos (ateroma)
Gangrena simétrica
Bocio exoplálmico
Úlceras en las piernas
Dentición
Extremimiento
Hemorroides
Cirrosis hepática
Afecciones nasales
Afecciones de la vejiga
Sordera

ANEMIA.

En individuos anémicos no es raro observar algunas alteraciones oculares.

La conjuntiva toma un tinte pálido, por la depleción sanguínea de su red vascular. Se observan con frecuencia úlceras atónicas de la cornea. En los individuos postrados por fiebres graves ú otras enfermedades debilitantes, en los hospita-

les se producen ulceraciones de la cornea por causas accidentales, principalmente por la acción de cuerpos extraños flotantes en la atmósfera que hieren los ojos gracias á la atonía del orbicular (falta de pestañeo,) y que la anemia general entretiene y agrava, haciéndolas de difícil curación.

He observado en una joven anémica, y atribuyo á esta causa, un *edema de los párpados inferiores* con desaparición de la hendidura oculo-nasal, que no dejaba la impresión del dedo. En la región afecta no había rubicundez, calor, ni dolor.

Ademas he observado en personas anémicas, glaucomas, ambliopias, y otras enfermedades que ninguna relación tienen con el padecimiento general.

LINFATISMO-ESCROFULA

El predominio del sistema linfático disminuye la resistencia del organismo á la acción de los agentes morbosos, y por consiguiente es causa predisponente de multitud de afecciones.

La escrofulosis es un estado complejo, que necesita un terreno linfático para desarrollarse. Picot la define: «un proceso morboso constitucional, mas especial al periodo de crecimiento del organismo, de naturaleza todavía desconocida, cuyo origen debe buscarse principalmente en la influencia de todas las malas condiciones higiénicas, y que se manifiesta durante el largo periodo de su evolución, por numerosas localizaciones en los elementos y tejidos vegetativos del organismo, principalmente en los sistemas tegumentario, linfático y óseo. Estas localizaciones tienen en un principio una tendencia hipertrofica, y mas adelante, destructiva de los tejidos en que se producen, tendencia que obedece á la aparición de elementos conjuntivos nuevos é imperfectos, que no pudiendo llegar á un desarrollo completo, degeneran, se destruyen, y arrastran en su destrucción la de los tejidos que los originan.»

En estas frases queda condensado cuanto tenemos que decir

del linfatismo y la escrófula en nuestros enfermos. En efecto, estos estados son tan comunes que los sufren hasta una tercera parte de los enfermos que examinamos.

Durante la infancia se desarrollan de preferencia las múltiples manifestaciones de la escrofulosis. Al estudiar, la oftalmia pustulosa, que es la enfermedad oftálmica de naturaleza escrofulosa más común, hicimos observaciones detalladas sobre las edades, sexos y razas comparativamente.

Las blefaritis, y el eczema de los párpados son manifestaciones tegumentarias frecuentísimas en la escrófula. El herpes ocular, los abscesos de la cornea, los leucomas y estafilomas de la misma membrana son comunes; unos por consecuencia de oftalmias escrofulosas, ó de las úlceras que invaden el tejido propio de la cornea, y otras, porque esas mismas úlceras adelgazan el espesor de la membrana transparente, que cede en esos puntos débiles á la presión intraocular, y establece en definitiva las deformaciones ectásicas. La cornea, en una palabra, es el punto débil de los ojos en las personas escrofulosas.

La mala conformación de la base de la nariz en niños de constitución delicada influye probablemente en la producción de las dacriorreas que suelen padecer.

En los individuos escrofulosos se observan otras muchas enfermedades oculares que son completamente independientes del estado diatésico; tales como estrabismos, nistagmus etc. Tal vez no suceda lo mismo respecto de un caso de hidroftalmia observado en un niño de constitución delicada que ya hemos estudiado.

RAQUITISMO.

Este estado, caracterizado por una detención ó alteración en el desarrollo del sistema óseo, que arrastra consigo deformaciones del esqueleto, no se ha complicado por parte de los ojos de lesiones especiales. Un negro de 15 años con infartos

gauglionares en el cuello, diarreas, marasmo ascitis, y falta de desarrollo de los sistemas óseo y muscular, padecía un vasto leucoma adherente; y una niña de 5 años con deformación de la columna vertebral, padecía una oftalmia pustulosa. Estas afecciones ya hemos dicho que son también las más frecuentes en la escrófula y el linfatismo; y se comprende que así sea, puesto que todos estos son estados generales del organismo que con la tuberculosis se clasifican en un mismo grupo, de afecciones que dificultan la nutrición y se oponen al desarrollo de los tejidos.

En el tercer caso, que era de raquitismo tardío con deformaciones óseas, se observaron cataratas completas á los 44 años, de marcha lenta.

TUBERCULOSIS.

Son raras las manifestaciones de la tuberculosis en el órgano visual, pues aunque con frecuencia se ven lesiones oculares en los tuberculosos, son, sin embargo, independientes de esta diátesis. No haremos por lo tanto la enumeración de las afecciones de los ojos que incidentalmente se presentaron en tuberculosos.

Un caso de ambliopia en un tuberculoso, lo consideré dependiente de pérdidas de sangre por hemoptisis considerables que sufrió durante nueve días consecutivos.

SIFILIS.

La sífilis es una de las enfermedades generales que se localiza con frecuencia en el globo ocular, especialmente bajo la forma de iritis. A esta se ha concedido tal valor en sifiliografía que se la ha designado para indicar el estado intermedio entre los períodos secundario y terciario. La época media de su aparición en nuestros enfermos ha sido de los seis á los

TOTAL	SEXOS		RAZAS				EADAES			Forma sífilis	
	V.	II.	B.	Ch.	M.	N.	Infancia	Virilidad	senectud	LDQU- RIDA	CONGÉ- NITA
26	23	3	23	...	2	1	3	21	2	22	4

siete meses después de la infección. Esta es una forma de iritis poco intensa, pero con abundante exudado plástico, que ocasiona la obstrucción pupilar si no se combate oportunamente. Pero no repetiremos ahora la descripción, que ya ha

Queratitis intersticial			IRITIS			Goma del iris	Exudado de iritis antigua		Coroiditis	Corio-retinitis.	Neuro-retinitis.	Neuritis.	Retinitis pigmentaria	Ambliopia atáxica	Catarata senil.	Fístula lacrimal
D.	I.	D.I.	D.	I.	D.I.		D.	D. I.	D. I.	D.	D.	D. I.	D. I.	D. I.	D. I.	I.
..	2	3	4	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1

sido hecha en el lugar correspondiente, de esta ni de las otras manifestaciones oculares de la sífilis que resumimos en el adjunto cuadro. A excepción de las dos últimas, catarata y fístula lacrimal que considero pura coincidencia en personas sífilíticas, todas las demás son de un modo positivo síntomas de esta diatesis, como lo han probado además de diversos estigmas, la excelencia de los mercuriales para combatirlas. Con este motivo citaré el caso de un niño de 4 años con queratitis intersticial, del que me ocupé al principio de este Capítulo.

La sífilis se localiza indiferentemente en cualquiera de los ojos, ó en ambos á la vez.

La mayoría de los atacados son varenes, y adultos. En los tres niños indicados en el cuadro, la sífilis era hereditaria.

Toda enfermedad ocular que consideremos dependiente de la sífilis, la combatimos enérgicamente por los mercuriales y el ioduro de potasio, asociados en el Sirop de Gibert. Además prescribimos un tratamiento local que varía con la manifestación ocular que se combate.

Aunque se admite que la retinitis pigmentaria es una manifestación de sífilis hereditaria y hasta de sífilis terciaria, el caso que hemos visto se mostró indiferente al tratamiento específico. La misma observación hacemos de los enfermos de ambliopia atáxica, que eran atrofas de la papila.

LEPRA.

El ojo se ve invadido por la lepra con suma frecuencia en un periodo más ó menos avanzado de la enfermedad. El Hospital de San Lázaro de esta ciudad me ha ofrecido un vasto campo de observaciones que he publicado en los *Archives of Ophthalmology*. N.º 4—1889—de New-York.

Atacadas primero las regiones palpebrales, se ve luego invadida la conjuntiva, en la que se observan pterygiones en la dirección vertical por el ectropion y la anestesia de la mucosa.

Para la cornea hemos descrito por primera vez la *queratitis leprosa*. Más profundamente se observan con frecuencia *iritis recidivantes*.

No repetiremos ahora detalladamente las manifestaciones oculares de la lepra; basta decir que los tejidos oculares son sucesivamente invadidos por la materia leprosa hasta ocasionar la total destrucción del organo.

CANCER.

De los dos casos que figuran en la estadística, uno tenía un cancer voluminoso en el cuello, y en ambos ojos glaucoma en su último periodo con atrofia completa de las papilas.

El segundo enfermo padecía un cancer de grandes dimensiones en su O. D. extendido á la conjuntiva, la cornea, la esclerótica y el iris.

REUMATISMO.

De 7 enfermos reumáticos, 6 eran varones y blancos y una hembra de raza negra. Tres eran adultos, y cuatro ancianos.

Tres padecían iritis; uno en ambos ojos, otro en O. D. y otro en O. I.—Uno tenía además de iritis un desprendimiento de la retina del mismo ojo. De los 4 ancianos; uno padecía de glaucoma crónico; y los otros tres de cataratas duras.

PALUDISMO.

El paludismo es causa de variados padecimientos en los ojos. La decoloración, de palidez mate de la conjuntiva, es constante en la caquexia palúdica. Nuestra misión en este momento no es el estudio completo de las manifestaciones oculares palúdicas sino solamente de las correspondientes á los casos comprendidos en la estadística.

Fueron 5 casos, todos en varones, blancos, adultos. Uno de ellos que padecía atrofia de los bulbos oculares por iridocoroiditis ingresó en el Hospital Mercedes por fiebres palúdicas, pero entre ambas afecciones no había la menor relación.

Otro de los enfermos presentaba congestión papilo-retiniana; bordes de la papila algo confusos, vasos centrales flexuosos, las venas repletas de sangre. La vista estaba disminuida.

Los otros tres casos eran de hemorragias retinianas, que desarrollé en mi tesis para el doctorado y de la cual nos hemos ocupado al describir las hemorragias de la retina en la primera parte de esta obra.

DIABETES.

Solo he tenido un caso en una negra que padecía de cataratas completas en ambos ojos, y que se vió despues de operadas una que tenía un núcleo pequeño y abundantes capas corticales blandas.

ALBUMINURIA.

En los nefríticos es frecuente un síntoma ocular de gran importancia para el diagnóstico: *la retinitis*. Anteriormente he-

mos dicho que esta retinitis es típica, y que por sí sola basta para descubrir la albuminuria. En estos casos es de gran utilidad el reconocimiento oftalmoscópico. El edema de los párpados ó de la conjuntiva sin causa apreciable, la disminución de la vista, y la presencia de puntos negros en el campo visual—*escotomas positivos*—requieren el examen de la retina para averiguar si existe la retinitis albuminúrica, y en este caso proceder al examen de las orinas y completar el cuadro patológico de las nefritis.

El edema de los párpados inferiores, que precede siempre al anasarca, tiene bastante importancia al principio de la enfermedad para construir el diagnóstico. Se produce durante la noche mientras el paciente permanece varias horas en posición horizontal; llama su atención por la mañana al levantarse, y desaparece durante el día para reproducirse al siguiente y así sucesivamente.

El *quemosis de la conjuntiva* no es tan frecuente como el edema de los párpados. Se reconoce por presentarse sin causa local que lo justifique, por ser poco intenso, más marcado sobre un lado de la conjuntiva bulbar, por acompañarse de pequeñas extravasaciones sanguíneas, y en fin, por recidivar con intervalos más ó menos largos.

La retinitis se manifiesta por disminución de la vista, y por escotomas positivos correspondientes á los puntos hemorrágicos. La disminución de la vista, no guarda relación con la extensión de las lesiones retinianas, sino con la invasión más ó menos completa de la región macular.

ALCOHOLISMO.

La intoxicación crónica por el alcohol ocasiona trastornos oculares. Esta clase de enfermos generalmente solo toman durante el día cortas cantidades de alcohol, una ó varias copitas ántes del almuerzo, y con frecuencia algunas más en el resto del día, pero sin que habitualmente lleguen á embriagarse.

Las bebidas de que aquí se hace un uso diario, son el aguardiente de caña y la ginebra. La mayor parte de estos alcoholistas son jornaleros que al principio usan de los alcohólicos antes de tomar agua, cuando están sofocados por los trabajos de su profesión, y acaban por abusar de este veneno hasta constituir un estado patológico complejo, cáusa á su vez de múltiples trastornos orgánicos.

De los 16 casos de alcoholismo confirmado en nuestra esta-

TOTAL	SEXOS		RAZAS.				EIDADES		
	V.	H.	B.	Ch.	M.	N.	INFANCIA	ADULTOS	ANCIANOS
16	16	.....	16	.....	.....	.....	.....	13	3

dística, y que todos eran varones, la mayor parte correspondían á la edad adulta, entre los 30 y 50 años. Por una casualidad todos eran blancos, pues bien sabido es que las demás razas abusan igualmente de los alcohólicos.

Las profesiones de estos enfermos fueron:

Militares.....	2
Cocheros.....	1
Albañiles.....	1
Tabaqueros.....	1
Marinos.....	1
Carpinteros.....	3
Caldereros.....	1
Comerciantes.....	2
Abogados.....	1
Macstros.....	1

Las enfermedades oculares de estos alcoholistas fueron poco variadas. Descartando dos casos de coroiditis diseminada que dependían de la sífilis, y uno de fistula lacrimal antigua, nos quedan

Cataratas:.....	2
Neuritis óptica.....	1
Atrofia de las papilas.....	10

Las cataratas son trastornos nutritivos por alteraciones circulatorias. El Dr. Wecker ha demostrado que la catarata senil es consecutiva y dependiente del ateroma arterial. Si ahora cito dos casos de cataratas, es porque el alcoholismo engendra el ateroma, determinando una senectud prematura; y así no es de extrañar que uno de estos enfermos de solo 42 años, presentase la opacidad del núcleo de ambos cristalinos.

Vi en un enfermo una inflamación ligera de la papila del nervio óptico.

Pero la afección ocular dependiente del alcoholismo y que mayor importancia clínica presenta, tanto por su frecuencia como por la necesidad de un tratamiento racional, es la hasta hoy llamada ambliopia tóxica.

Bajo esta denominación se incluyen las ambliopias por intoxicación alcohólica y nicotínica. Pero en la primera parte de este trabajo sostuvimos, como ya antes lo habían indicado otros observadores, que en la mayoría de los casos se había establecido el origen alcohólico de la afección, mientras que ni en uno solo se comprobó de un modo positivo el envenenamiento nicotínico, y en consecuencia excluimos esta causa, y sustituimos el nombre de *alcohólica* simplemente al de *ambliopia tóxica*.

Los estudios modernos han establecido que esta enfermedad empieza por una neuritis del tronco á la altura del agujero óptico que se extiende de una parte mas allá del quiasma, y por la otra invade las últimas ramificaciones nerviosas de la retina. El carácter especial de esta neuritis es atacar solo las fibras centrales del nervio en el fondo de la orbita. Esas fibras en la papila son externas, y maculares en la retina. La compresión y destrucción de las fibras nerviosas se hace silenciosamente, y solo se traduce en la parte visible por la

atrofia de un segmento triangular externo de la papila perfectamente limitado y que es en tal caso característico; y funcionalmente se revela por un escotoma central negativo que arrastra consigo una disminución notable de la agudeza visual.

En un periodo avanzado de la enfermedad se extiende la atrofia á toda la mitad externa y aun á toda la papila.

La supresión absoluta de toda bebida alcoholica es suficiente para producir una notable mejoría, y la curación completa cuando el proceso inflamatorio no ha pasado cierto límite.

Mientras la atrofia apreciable con el oftalmoscopio no pase del segmento triangular externo de la papila, equivalente á un tercio de su superficie puede obtenerse la curación con la sola supresión de los alcoholes aun cuando la vista hubiere descendido a 1/10 de la normal.

VIRUELA.

Cuando la erupción variolosa invade la cornea es causa de leucomas y de atrofia de esta membrana, como lo he observado en algunos casos.

La úlcera producida por la pústula, puede curar con la formación de un leucoma simple, ó bien llegar á la perforación de la cornea y complicarse con sinequia anterior.

Los leucomas de la viruela son generalmente extensos, y atacan por eso mismo seriamente la función ocular, defecto á que no es siempre facil remediar.

IDIOTISMO.

Una joven, de 19 años, y de inteligencia sumamente escasa, con solo tres dientes incisivos en la mandíbula superior, miopia de 20 dioptrias padecía de coroiditis atrófica en O. I. El O. D. no pudo reconocerse bien porque un exudado cubria por completo la pupila.

Un niño de 11 años hidrocéfalo, con los incisivos centrales

gruesos y grandes, y el superior izquierdo implantado transversalmente, me consultó por H=6^d.

HISTERISMO.

De las cinco mujeres histéricas que he observado; una padecía de cataratas duras seniles en ambos ojos; otra de astenopia acomodativa; otra de blefaritis ciliar, y fenómenos nerviosos, fopsias, moscas volantes, neuralgias, etc.

Una joven, de 26 años, desde la muerte de su madre, hace seis, ha padecido tres ataques de histero-epilepsia. Después del primero quedó vizca, en estrabismo divergente pronunciado y con parálisis facial, y neuralgia occipital. Después del segundo ataque perdió progresivamente la vista. El examen descubre atrofia de ambas papilas de los nervios ópticos, con la vista reducida á contar los dedos.

El último caso que es sumamente interesante, nos ha ocupado al describir la ampliopia histérica.

EPILEPSIA.

En el Hospital de Paula observé en 1888 una mujer de 48 años que sufría con frecuencia ataques epilépticos, y en cuyos ojos se notaba nistagmus de movimientos lentos en todos sentidos con grandes excursiones. Padecía también cataratas duras completas.

HEMIPLEGIA.

Una mujer que había padecido eclampsia puerperal con desviación de la boca y los ojos, y que al consultarme padecía de hemiplegia izquierda, tenía los nervios ópticos atacados de atrofia, con la vista solo suficiente para contar los dedos á 1.^m de distancia.

Otra mujer, también hemipléjica, vista en Paula, tenía esclero-coroiditis posterior, con vista que solo alcanzaba á contar los dedos á 1.^m

ATAXIA LOCOMOTRIZ.

Los ocho individuos atáxicos que hemos examinado eran

todos blancos y adultos. En uno había diplopia, en otro era $T < n$, y en un tercero se mostraba una exoftalmia de ambos ojos, con notable disminución de la vista.

La manifestación ocular de la ataxia á la vez más comun, y más grave es la atrofia de las papilas del nervio óptico. Se observó en todos los casos más ó menos completa. Esta lesión es característica por su color gris ceniciento, por presentarse la papila con bordes bien limitados, y dejar ver claramente la lámina perforada. Las arterias están con frecuencia adelgazadas. En presencia de esta forma atrofica del nervio, el interrogatorio de los síntomas atáxicos confirmará el diagnóstico. La vista está disminuida ó totalmente abolida en relación con el grado de la atrofia.

Al describir las atrofas atáxicas de la papila insistimos en las variedades que se observan en el conjunto sintomático. Así, en unos casos no existirán dolores fulgurantes, en otros el reflejo rotuliano estará conservado, en varios no habrá incoordinación de los movimientos durante la marcha, y algunos en fin, no presentarán más síntomas que los oculares, de modo que en tales casos establecemos el diagnóstico de ataxia incipiente con las debidas reservas.

ESCLEROSIS EN PLACAS.

Los atacados de esta enfermedad presentan también atrofia de las papilas del nervio óptico, con los mismos caracteres que en la ataxia, es decir, de color gris, con la lámina perforada visible, contornos bien limitados, y todo el resto del fondo del ojo normal en apariencia. Las afecciones medulares determinan, pues, una atrofia gris de las papilas, significación actualmente bien comprobada.

El nistagmus es síntoma de la esclerosis en placas.

MENINGITIS.

En cambio ciertas afecciones cerebrales, y particularmente las inflamaciones meníngeas, pueden originar atrofas papilares de aspecto bien diferente al de las medulares. La pa-

pila también está de ordinario perfectamente limitada, pero su color es blanco de yeso, que se destaca en el fondo rojo del ojo, las arterias por lo comun están muy adelgazadas, y las venas más ó menos flexuosas. Las atrofiás que se presentan bajo esta forma se designan colectivamente con el nombre de *cerebrales*, mientras que las papilas grises son de origen *medular*.

JAQUECAS.

Las jaquecas van en algunos casos ligadas á la hipermetropía y al astigmatismo constituyendo un síntoma de la astenopia acomodativa. Con este caracter la he observado muchas veces. Basta la simple corrección de la refracción ocular para hacerlas desaparecer.

CARDIACOS.

En enfermos con lesiones valvulares del corazón se observan á veces lesiones oculares. Hay conjuntivitis crónicas dependientes del ateroma arterial. El Dr. Madan, presentó una interesante comunicación sobre el particular al primer Congreso Médico.

La catarata senil se considera hoy una consecuencia del estado ateromatoso. El cristalino privado de nutrición por las alteraciones de los finos ramos vasculares del ojo, se necrosa y pierde su transparencia.

GANGRENA SIMÉTRICA.

Un hombre de 54 años que padecía gangrena simétrica de las extremidades inferiores, y cuyo estado general era grave, presentaba una ulcera infectada en el cuarto inferior de la cornea de O. I.; pero no lo considero dependiente de la alteración circulatoria, si no más bien del estado general, que no le permitía reaccionar contra las causas de destrucción.

BOCIO EXOFTÁLMICO.

En el Hospital Mercedes observé un chino con esta enfermedad en el cual se habían producido ulceraciones en el tercio inferior de las corneas, que la exoftalmía mantenía constantemente al descubierto.

ULCERAS EN LAS PIERNAS.

Un negro con úlceras varicosas en las piernas padecía también pequeñas ulceraciones superficiales en las corneas.

DENTICION.

Durante el periodo de la primera dentición es común observar la oftalmia pustulosa, la blefaro-conjuntivitis y el eczema palpebral.

EXTREÑIMIENTO.

Este trastorno intestinal es muy frecuente. Lo he anotado en enfermos de mi consulta que padecían cataratas seniles, neuritis optica, desprendimiento de la retina, y queratitis. No creo que exista relación entre estos padecimientos y el estreñimiento.

HEMORROIDES.

Una mujer anciana, que padecía hemorroides, tenía cataratas duras incompletas, y un copo membranoso flotando en humor vitreo O. I. con prolongaciones filiformes. Otro enfermo, á la vez alcoholista, padecía atrofia papilar por esta causa.

CIRROSIS HEPATICA.

Dos individuos cirróticos; uno con cataratas duras, seniles; y otro con una úlcera de la cornea.

AFECCIONES NASALES.

En enfermos con catarros nasales, había un caso de fístula del saco lacrimal con estrechez del conducto nasal, otro de oftalmía flictenular, y un tercero con astenopia acomodativa é hiperemia conjuntival.

AFECCIONES DE LA VEJIGA.

Un enfermo de cistitis crónica, padecía glaucoma en ambos ojos. Estas dos enfermedades son independientes.

SORDERA.

Dos viejos con cataratas padecían de sordera. La afección ocular y auricular pueden coincidir con frecuencia, pues obedecen á la misma causa; la arterio-esclerosis.

TERAPEUTICA.

Para terminar solo nos queda exponer los tratamientos que hemos usado, y aquellos que nos han dado resultados más satisfactorios. Seremos breves, y sobre todo parcos en ponderar ciertas acciones medicinales. La experiencia diaria nos ha enseñado que nuestras armas son con frecuencia impotentes para combatir muchas enfermedades; que algunas supuestas virtudes medicinales no son más que ilusiones, ó puras coincidencias con mejorías que no sabemos explicar, y en fin, la prescripción de otros medicamentos solo obedece á un deseo vago de obtener la curación modificando el estado general, ó actuando directamente sobre la región enferma.

Trataremos sucesivamente de la terapéutica higiénica, farmacológica y quirúrgica.



TERAPEUTICA HIGIENICA.

La primera indicación que debe llenarse es tener *en reposo el órgano enfermo*.

Las personas atacadas de afecciones externas ó internas del globo ocular, evitarán todo trabajo de aplicación de sus ojos. Permanecerán el mayor tiempo posible en una habitación que solo reciba una luz moderada cuando se trate de afecciones inflamatorias. En las enfermedades de la conjuntiva y de la cornea se evitarán las corrientes de aire, y la acción del polvo y demás agentes exteriores que lleguen á irritar directamente dichas membranas. Los cocineros atacados de oftalmias, por ejemplo, serán obligados á abandonar temporalmente su profesión. A los escribientes, relojeros, etc., atacados de iritis, no se les permitirá en modo alguno la continuación de sus trabajos.

Esta práctica está de perfecto acuerdo con el precepto de *alejar la causa*. El estado de inflamación provocado por la implantación de un cuerpo extraño en la conjuntiva ó en la cornea, desaparece por la sola extracción del mismo; el pánus granuloso incipiente, se detiene y desaparece, gracias á un tratamiento enérgico sobre la conjuntiva enferma; los iritis y corio-retinitis sifilíticas, y la escleritis reumáticas ceden á la medicación interna de estas diatesis.

En las afecciones externas de los ojos debe mantenerse la *limpieza de la región enferma*. Para obtenerla bastan las lociones de agua templada, de cocimientos emolientes, pomadas que abriguen la porción afectada del contacto de los agentes

exteriores, y si es necesario con este mismo fin la oclusión del ojo enfermo. De este modo se arrastrarán al exterior las secreciones mucosas ó purulentas, que abandonadas á sí mismo se convertirían en causas destructoras de la cornea, y se evitarán sobre las úlceras de esta membrana, y sobre el borde ciliar en las blefaritis la detención de cuerpos extraños que obrarían oponiéndose á la curación de dichos padecimientos.

Contra la oftalmia purulenta, afección eminentemente contagiosa, y en los casos de hallarse atacado un solo ojo, debe evitarse la propagación de la enfermedad al congénere, por la perfecta limpieza de las manos del enfermo, y del ojo atacado, y haciendo durante las horas de sueño la oclusión del mismo, y recomendando al paciente dormir del lado enfermo.

En las enfermedades de naturaleza inflamatoria, principalmente en aquellas que se acompañan de fotofobia, debe recomendarse á los enfermos para salir á la luz el uso de viseras ó espejuelos de vidrios planos, y de color oscuro. Como su objeto principal es debilitar la intensidad de la luz, pueden emplearse los verdes, azules, ó ahumados que se expenden en el comercio. Nosotros preferimos los ahumados, que no alteran la coloración de los objetos, y como forma los de superficies curvas, á manera de concha; pero cuando se trata de úlceras de la cornea, ó de enfermos que se ven precisados á salir con frecuencia, recomendamos como mejores los que cubren á todo alrededor los ojos con un tejido metálico, llamados de ferrocarril, que los pone á cubierto de un modo más completo del aire y de los cuerpos extraños que flotan en el mismo.

Los enfermos no deben permanecer confinados en habitaciones cerradas por mucho tiempo, ni que contengan una atmósfera viciada; sino que por el contrario, se les hará cambiar de cuartos para establecer una nueva ventilación con todas las puertas y ventanas abiertas hasta obtener una completa reno-

vación del aire. Insistimos en estos detalles porque no es raro ver uno ó varios niños afectados de la oftalmia flictenular que determina fotofobia intensa, permanecer muchos días seguidos en habitaciones completamente cerradas y oscuras en medio de un aire viciado, que forzosamente dificulta la curación.

En nuestro país el clima es bastante benigno para permitir que los enfermos reciban sin inconveniente el aire puro.

Respecto al abrigo de los ojos, para obtener la oclusión completa como es conveniente en algunas enfermedades, y después de las operaciones hasta conseguir la cicatrización de la herida, empleamos un vendaje de algodón sostenido con algunas tiras de esparadrapo del modo que indicaremos al tratar de las operaciones.

En las oftalmias se aplican sobre los párpados cerrados durante media hora, dos ó tres veces al día, compresas húmedas calientes para facilitar la circulación en los tejidos inyectados.

Y en fin, como medio de abrigo contra la luz acabamos de ocuparnos de las viseras y de los espejuelos.

Estos últimos se aplican igualmente con curvatura variable como correctivo de los defectos de refracción.

La alimentación de los enfermos de los ojos varía con los padecimientos que se combaten. Aquéllos cuya afección ocular no es más que un síntoma de enfermedades generales, se someterán á la dieta que en ellos se aconseja. Así, en la retinitis albuminúrica se instituirá el plan general de la enfermedad de Bright, dieta lactea, etc.; en las retinitis y cataratas glicosúricas, la supresión de los farináceos, y todo el tratamiento higiénico y farmacológico de la diabetes.

En las enfermedades oculares locales, con muy raras excepciones no hay trastornos de la temperatura general del cuerpo, ni del aparato digestivo. De modo que en su inmensa

mayoría no requieren dietas especiales. En las oftalmías, iritis, y la mayor parte de las afecciones inflamatorias, es frecuente la anorexia. En tales casos prescribimos un purgante y después una alimentación sana.

En las atrofiás de la papila y otras formas de amaurosis, si bien al principio la preocupación de la enfermedad hace perder el apetito, viene luego una reacción favorable al estado general, en que no juegan pequeña parte cierta conformidad con la cronicidad del mal, y por otra los consejos del médico, y en cuyo período gozan los enfermos de buen apetito, y se les permite usar la alimentación que les sea más apetecible.

Después de las operaciones sobre el huevo ocular instituímos una dieta moderada.

Terminada una operación, principalmente si es de catarata, quedan los enfermos en un estado de excitación nerviosa, en que no toma pequeña parte el éxito inmediato de recobrar la vista. Por este motivo recomendamos no solo la mayor quietud, sino que aconsejamos además no darle el primer alimento hasta pasado dos ó tres horas.

La dieta de los tres primeros días consistirá en alimentación líquida ó que no necesite masticarse, así es que recomendamos la leche, el caldo, sopas de sustancia con uno ó dos huevos, huevos pasados por agua, jigote, etc.

A partir del tercer día en que ya de ordinario está bien formada la cicatriz, se permitirá una alimentación más sólida hasta completar la primera semana. Terminado este plazo consideramos á los enfermos completamente curados.

Desde ahora advertimos que un operado, de catarata por ejemplo, puede curar con cualquiera alimentación que tome, y hasta sin colocar vendaje alguno sobre los ojos; pero nuestro deber de cirujanos es colocar al enfermo en las condiciones más favorables para obtener la curación; practicar la operación y proseguir la cura con cuantos detalles puedan contribuir al éxito definitivo.

Hemos dicho que el reposo de los ojos era conveniente en muchas enfermedades. Lo obtenemos unas veces por la simple tranquilidad del órgano, otras paralizando la acomodación. Con objeto de obtener la cicatrización mas rápida y segura de la incisión de la cornea en los operados, acostumbramos á vendar ambos ojos, aun cuando uno solo haya sido operado, tener una garantía del reposo completo del órgano, semejante al que proporciona el sueño.

Por el contrario, en ciertas enfermedades figura como medio curativo la gimnástica ocular. En el estrabismo, ó despues de practicada la estrabotomia, con objeto de asegurar el éxito definitivo, los Drs. Javal y Laudolt han puesto en voga los ejercicios estereoscópicos, ejecutados pacientemente hasta obtener la fusión de las imágenes.

El tratamiento de las parálisis de los músculos motores por medio de prismas para combatir la diplopia, y colocar por lo tanto á los ojos en condiciones normales de funcionamiento, mientras que la lesión anatómica causa del mal, queda desatendida no es nada racional, y por lo mismo se ve cada dia mas abandonado por los oftalmólogos.

Las inflamaciones de la mucosa nasal tienen relación con algunos padecimientos oculares. La tumefacción de esta membrana invade la extremidad inferior del conducto nasal, ó remonta la mucosa que lo reviste hasta cierta altura, ocasionando estrecheces accidentales ó permanentes de las vías lacrimales.

En las personas que con frecuencia padecen corizas, basta la permanencia al aire frio ó en habitaciones donde haya muchas luces encendidas, (teatros, bailes, etc.) para provocar el epifora. Estos individuos se hallan predispuestos á padecer dacriocistitis.

Para prevenir tales accidentes debe tratarse con empeño

todo coriza crónico, ó afección nasal que pudiera complicarse con trastornos oculares.

En los niños linfáticos y escrofulosos que padecen oftalmia flictenular, á la vez que corizas con secreción abundante y formación en la mucosa nasal de costras, duras, que dificultan ó impiden el paso del aire, y que sangran al desprenderlas, instituímos un tratamiento general reconstituyente, principalmente el aceite de bacalao, el ioduro de hierro, y los baños de mar generales durante el verano, y en toda época localmente sobre la mucosa nasal.

Contra las secreciones conjuntivales empleamos la limpieza frecuente con lociones que no irriten la mucosa. Al hipopion oponemos la incision de la cornea para extraer el pus; y contra los exudados de las iritis los midriaticos al principio y mas tarde recursos quirúrgicos para librar el iris.





FARMACOLOGIA.

En las enfermedades de los ojos dependientes de una diatesis ó afección general deberá instituirse el tratamiento clásico que contra estas se aconseja.

La medicación general ha de establecerse con energía, y con preferencia á toda aplicación tópica. Diariamente obtenemos brillantes resultados con la medicación mercurial y iodurada en las manifestaciones oculares de la sífilis; con los tónicos para combatir la escrofulosis y prevenir las recidivas tan frecuentes en esta diatesis.

En las personas sifilíticas usamos con preferencia el jarabe de Gibert, ordenando dos cucharadas diarias, especialmente en las iritis, coroiditis y corio-retinitis, específicas, cuyas lesiones preceden al tercer periodo de la infección.

En la queratitis heredo-sifilítica hemos obtenido con la misma medicación resultados brillantísimos.

El ioduro de potasio lo damos solo ó alternando con los mercuriales. En la retinitis pigmentaria no hemos logrado alivio con los iodurados.

En los niños escrofulosos, que tanto frecuentan las clínicas oftálmicas prescribimos un plan general que modifica favorablemente la constitución delicada de los enfermos.

Recomendamos la limpieza del cuerpo, los baños de esponja al levantarse, el ejercicio físico, alimentación sana, dormir en habitaciones previamente ventiladas, el aceite de hígado

de bacalao de media á dos cucharadas diarias segun la edad de los niños, las preparaciones ioduradas, jarabe de ioduro de hierro, cortas dosis de ioduro de potasio, etc. En fin concedemos gran valor á los baños de mar tomados en largas séries. En esta ciudad es fácil la medicación de que hablamos; recomendamos los baños, durante los seis meses que dura la temporada. Los primeros baños serán cortos, de 5 á 10 minutos; como máximun; pero á medida que se establece el hábito se permitirán de mayor duración, de 20 minutos y hasta de media hora, cuando los niños un poco mas repuestos gustan nadar y jugar con las sogas que se cuelgan en los baños.

A los dos años de seguir este tratamiento destinado á mejorar la constitución general, á procurar el desarrollo material de los sistemas oseo y muscular, la actividad de la nutrición y de la circulación y amplitud respiratoria, se evitarán las recidivas tan características de esta diatésis, serán mas raras y fáciles de tratar las oftalmias y se habrá hecho un buen servicio conservando la vista de muchos ojos que de otro modo se verían seriamente comprometidos.

Las tareas escolares y toda suerte de trabajo intelectual, se prohibirán en absoluto antes de los 7 años y solo se tolerarán en lo estrictamente necesario después de esta edad hasta la mejoría de los enfermos.

Durante los primeros años de la vida no debe atenderse mas que al desarrollo físico. El trabajo intelectual aunque tardío, será mas sólido en un niño de organización robusta.

A los individuos artríticos y reumáticos se prescribirán los alcalinos, y las preparaciones saliciladas. Ordenamos habitualmente la siguiente fórmula.

Salicilato de sosa..... 0.^{gr.}50 á 2 gr.

Ag. dest..... 30.

para tomar en el día, en dos veces. Con frecuencia sustituimos el salicilato de litina al de sosa.

No insistiremos en la medicación general de los albuminú-

ricos, diabéticos, palúdicos, medulares, etc., puesto que es la misma aconsejada por los mejores autores.

En este capítulo nos proponemos principalmente pasar revista á las medicaciones que actúan de un modo directo sobre el órgano de la vista.

Empleamos los *emolientes* bajo forma de cataplasmas de harina de linaza ó de arroz para reblandecer los tejidos en los casos de flegmon de la órbita, y de dacriocistitis aguda, aplicadas con frecuencia hasta obtener un punto de fluctuación que nos guíe al hacer la incisión que dará salida al pus. Las cataplasmas serán ligeras, pero de tamaño suficiente para poderse aplicar sobre toda la región enferma. Si solo se trata de orzuelos ó conjuntivitis con tumefacción de la mucosa ó de ésta y de los párpados, recurrimos á las lociones con un cocimiento de saúco, de malvas, ó manzanilla, pero con preferencia del primero, aplicado caliente en compresas durante media hora dos ó tres veces al día. Las compresas se renovarán enseguida que se enfríen. Este modo de proceder es un auxilio de importancia en el tratamiento de las oftalmias.

Las duchas locales de vapor acuoso solo ó mezclado con sustancias medicinales tienen una acción favorable sobre ciertas afecciones de la conjuntiva y de la córnea. Nosotros la usamos con frecuencia en la oftalmía granulosa. El modo de proceder es el siguiente: fricción de la parte enferma con polvo fino de ácido bórico, é inmediatamente despues chorro de vapor directamente sobre la conjuntiva ensangrentada.

Estas duchas oculares se administran habitualmente con el aparato de Laurenço que consiste en un depósito para contener el líquido que se calienta á fuego continuo con una lámpara de alcohol con objeto de mantener una vaporización constante que lanzan dos tubos finos. Los ojos del enfermo se mantienen de 0.^m10 á 0.^m25 del extremo de los tubos, y reciben el chorro directamente sobre la conjuntiva y sobre la córnea. El líquido con que cargamos el aparato es una solución de ácido

fénico al $\frac{1}{200}$ ó 1%, y sostenemos el chorro de vapor durante 5 á 10 minutos sobre los ojos y á veces más tiempo. Las duchas se administran diariamente.

Con este tratamiento se obtiene alguna mejoría aunque en ningún caso hemos visto la curación.

En caso necesario puede reemplazarse el aparato de Laurengo con el vaporizador de Lucas Championnier ó cualquier otro análogo, y hasta con una cafetera ú otro recipiente en que se hierva agua y se hagan llegar á los ojos los vapores desprendidos.

Las duchas de vapor son un recurso poderoso contra las úlceras atónicas de la córnea. En casos que han resistido á toda suerte de lociones antisépticas, y á colirios variados, las duchas han logrado la curación de estas úlceras en algunas sesiones.

El chorro de vapor recibido directamente sobre el globo ocular, no determina dolor, produce solo cierto grado de hiperemia de la conjuntiva; y durante algunas horas el enfermo acusa una sensación agradable de alivio y remisión de la sensaciones de cuerpo extraño y dolor propios de la enfermedad.

De los *astringentes* vegetales aprovecha la oftalmología principalmente el tanino bajo forma de colirio en la proporción de 0.^{gr}05 á 0.^{gr}10 por 10 gramos de agua, para instilar algunas gotas dos ó tres veces al dia en los ojos que padecen oftalmia catarral, Pero obtienen la preferencia las preparaciones minerales. El alumbre en piedra bien pulida para tocar la conjuntiva parpebral. El borato de sosa lo empleamos diariamente en esta pomada:

Borato de sosa..... 0.^{gr}30

Vaselina..... 10

para introducir por las noches con un pincel una pequeña porción como un grano de arroz entre los párpados en los casos de oftalmia aguda con secreción mucosa ó muco-purulenta, con el objeto de impedir que se peguen los bordes palpebrales

durante las horas de sueño por el endurecimiento de los líquidos secretados que aglutinan las pestañas. Los enfermos sienten alivio con el uso de esta pomada.

Las preparaciones plúmbicas tan en boga hoy día en el tratamiento de las oftalmias han sido definitivamente proscritas en nuestra clínica, por los accidentes desagradables á que exponen como ya hemos indicado al tratar de las manchas de la cornea, ocasionando sobre las úlceras de esta membrana ó sobre las simples descamaciones epiteliales depósitos metálicos que á su vez son causa de inflamaciones crónicas con frecuentes agravaciones y que requieren la inmediata extracción del cuerpo extraño.

Para sustituir su acción disponemos de un medicamento que es un poderoso auxiliar en el tratamiento de las oftalmias catarrales: el sulfato de zinc. Ordenamos esta sustancia en colirio á la dosis de 0.^{gr}10 á 0.^{gr}20 en 10.^{gr} de agua tres veces al día, instilando varias gotas directamente sobre la conjuntiva. Esta solución obra rápida y enérgicamente, disminuye las secreciones, y la hiperemia conjuntival, y en algunos días con el uso simultáneo de las lociones bóricas, de compresas emolientes si hay tumefacción palpebral, y de la pomada boratada vuelve la mucosa ocular á adquirir su estado fisiológico. En el tratamiento de la dacriorrea obtenemos buenos resultados inyectandos diariamente una ó dos jeringuillas de Anel de la solución.

Sulfato de zinc..... 2 gramos

Ag. dest..... 200 »

Por este medio se hace casi desaparecer toda supuración en 15 ó 20 días; pero no se evita la reaparición de la enfermedad ni se obtiene la curación si no se acude á restablecer con el cateterismo la permeabilidad de las vias lacrimales.

Entre las sustancias *irritantes* y *cáusticas* empleamos el sulfato de cobre en piedra en enfermos de granulaciones tocando la conjuntiva invadida. Pero bien sea en esta forma ó en co-

lirios es sumamente irritante y sus aplicaciones en extremo dolorosas, sin que tengan especificidad contra dicho padecimiento, por cuyo motivo somos cada día menos afectos á su uso.

Las cauterizaciones repetidas dos veces al día del nitrato de plata en la forma siguiente:

Nitrato argéntico..... 0^{gr.}20 ó 0^{gr.}25

Ag. dest..... 10

son el remedio soberano contra la oftalmia purulenta. El exceso de caustico se neutraliza con una solución de

Cloruro de sódio..... 2

Ag. común.....10

En la oftalmia de los recién-nacidos es suficiente la dosis de 0^{gr.}20 de nitrato de plata; pero en la forma blenorragica mucho más grave é imponente puede ascēnderse la cantidad á 0^{gr.}30 y hasta, si el enfermo acude al médico al 4º y 5º día con supuración abundantísima, y hay ya enturbiamiento de la córnea, no titúbeamos en cauterizar cada ocho horas hasta obtener la remisión de la supuración.

En el tratamiento de esta enfermedad aconsejamos compresas evaporantes frias al principio á la vez que empezamos las cauterizaciones tan luego como se diagnostica el padecimiento. Asi que se establece la supuración es de rigor la limpieza repetida de hora en hora, día y noche de la conjuntiva con una solución antiséptica enérgica. Nosotros preferimos la siguiente:

Acido bórico..... 20 gramos.

Ag. dest..... 400 gramos.

Licor de Van Swieten..... 100 gramos.

Este modo de proceder confirma la opinión ya establecida de la perfecta curabilidad de la oftalmia purulenta.

En los recién-nacidos la oftalmia es mucho menos grave en algunos casos hemos tenido ocasión de comprobar la curación sin más cuidados que la limpieza: en otros, en que han

traído los niños después del 8º y el día 13º hemos logrado la curación radical. Pero no es esto decir que siempre tenga igual grado de benignidad, puesto que en muchos niños hemos visto la pérdida total ó curar con leucomas centrales á pesar de acudir al médico á los pocos días de enfermedad. La práctica propuesta por el Dr. Credé en Francia, de instilar en los ojos de todo recién-nacido un par de gotas de nitrato argéntico al 1% me parece una medida útil sobre todo en la clase pobre, y que se debiera llevar á efecto por las comadronas, que casi siempre son las primeras encargadas de velar por la salud de los niños recién-nacidos.

El nitrato de plata en crayon se usa para hacer cauterizaciones locales de orzuelos supurados, chalaciones, ineuididos, etc., y aunque con mediocre resultado lo hemos empleado contra las blefaritis.

La verdadera indicación del nitrato argéntico está en la cauterización de las superficies supurantes.

El fuego aplicado directamente nos ha dado brillantes resultados en el tratamiento de las úlceras infectadas de la córnea, y ponderando su valor leimos una comunicación en el Primer Congreso Médico Cubano. Pero puesto que éste es un medio quirúrgico reservamos su estudio para la última parte de este trabajo.

En las atroñas del nervio óptico de causa conocida y cuando aun se conserva cierto grado de vista se establecerá el tratamiento racional contra la misma con objeto de escitar las fibras nerviosas usamos la estrienina al interior en la forma siguiente:

Arseniato de estrienina..... 0^{gr}. 05

Ag. dest. melisa..... 150

para tomar de dos á cinco cucharaditas diarias.

Actualmente hemos abandonado el uso de las inyecciones hipodérmicas de esta sustancia, y de un modo general la introducción de medicamentos por esta via, por las siguientes

razones: 1º porque es doloroso el modo de operar; 2º porque la sustancia introducida forma tumores debajo de la piel, y algunas veces se forman abscesos; 3º porque no le reconozco virtud especial que compense sus inconvenientes; 4º porque es desagradable á los enfermos; 5º y por último, porque se ha visto tétanos producidos por inyecciones hipodérmicas, y no de un modo tan escepcional que no se hayan citado varios casos una noche en la sociedad de Estudios Clínicos.

Durante mi permanencia en Paris disfrutaron gran favor las inyecciones hipodérmicas, estrínicas, mercuriales, etc., en la sien, en el brazo, en la espalda, hasta acribillar á los enfermos que tenían el valor de soportarlas; pero confieso que no recuerdo resultados animadores para proseguir en la misma vía.

La solución de arseniato de estriquina que acostumbro á emplear en las atrofiás del nervio no es más que un escitante que favorece la curación en la atrofia alcohólica por ejemplo, cuando se establece la indicación esencial: supresión del alcohol.

Nuestra terapéutica contra las enfermedades del fondo del ojo es muy reducida, y sobre todo incierta en sus resultados. En algunas manifestaciones sifilíticas se obtienen buenas mejorías ó curaciones. Pero las hemorragias en la retina, el desprendimiento de esta membrana, las atrofiás del nervio, etc., acaban por producir el desaliento del enfermo y del médico, que ven prolongarse el padecimiento á despecho de toda suerte de medicaciones.

En las parálisis faciales y de los músculos motores del ojo, si es reciente, cubrimos la parte enferma con un vendaje de algodón á la vez que hacemos tomar de 0^{gr}.50 á 1 gramo de salicilato de sosa al dia. En los casos antiguos empleamos alguna vez las corrientes eléctricas; pero sobre este modo de obrar no estamos en condiciones de emitir una opinión.

En las afecciones tegumentarias de los párpados se em-

plean los mismos recursos contra esas erupciones que en cualquiera otra region de la piel. Así, en los casos eczema recomendamos la formada de:

Oxido de zinc..... 1^{gr.}
Cold-cream..... 10^{gr.}

las lociones con jabon de azufre, ó solamente una pomada mercurial de

Colomelanos..... 2
Vaselina..... 10

Las blefaritis ciliares tan rebeldes á los medios de que disponemos, nos hacen variar de los emolientes á los irritantes, y de estos á los cáusticos, sin que al fin ninguno de ellos logre la curación. Los toques con un crayón de nitrato de plata puro ó mitigado, y las pomadas mercuriales, ambos tratamientos combinados á la epilación, son los que aun gozan de más favor. El preparado mercurial de más uso en estos casos es

Oxido rojo de hidrargirio..... 0^{gr.}10 á 0^{gr.}30
Vaselina..... 10

para cubrir el borde enfermo por mañana y noche. A la vez se ordena el lavado de los párpados con

Borato de sosa..... 4 gramos.
Ag. dest. 200 gramos.

ANESTESICOS.

Un órgano de sensibilidad tan exquisita como el globo ocular necesitaba un anestésico especial para facilitar el tratamiento de muchas de sus enfermedades. No hace aún mucho tiempo que las operaciones oftálmicas requerían la tranquilidad y sufrimiento por parte del enfermo, y cierto grado de habidliad y la fijación del órgano por parte del cirujano. De estos, algunos por hábito y otros en los niños y sujetos pusilánimes recurrían á la anestesia general por el cloroformo ó el éter. En la clínica de Galezowski vi una vez administrar el

cloroformo para extraer una astilla de madera profundamente implantada en la córnea. Por nuestra parte en el único caso de extracción de catarata que recurrimos á la cloroformización por haberlo exigido la enferma tuvimos el dolor de ver vaciarse todo el humor vítreo y producirse una hemorragia intraocular por los vómitos ¡pertinaces que provocó la anestesia.

Pero en 1884 con el descubrimiento de las propiedades anestésicas de la cocaína por el Dr. Koller, de Viena. hizo la oftalmología una adquisición de valor inapreciable.

Algunas gotas de una solución de cocaína al 3% producen al cabo de dos ó cuatro minutos la anestesia completa de la conjuntiva y de la cornea. La insensibilidad dura unos 10 á 12 minutos. En este estado nada es más fácil que extraer cuerpos extraños de la cornea; hacer sesiones de tatuage etc. En las operaciones que se practican sobre el iris, sin la anestesia, se obtiene al menos el adormecimiento de la sensibilidad en grado variable, instilando nuevamente la cocaína después de incindida la cornea.

No debe sin embargo abusarse de esta sustancia, porque la cocaína en exceso produce un enturbamiento de la capa epitelial de la córnea, y el reblandecimiento de la misma membrana, como han podido verlo mejor que nosotros otros profesores que la han usado en proporción doble y triple, hasta el 10 por ciento.

La fórmula en que usamos la cocaína como anestésico para las operaciones, es la siguiente:

Clorhidrato de cocaína..... 0. gr. 30

Ag. dest. 9

Licor de van Swieten..... 1

se instilarán tres gotas, y pasados dos minutos se hará una segunda instilación, y se empezará á las cinco la operación. El momento anestésico se juzga por que tocando la cornea no se provocan movimientos reflejos.

La cocaína es también muy útil combinada al 1% con otras sustancias en el tratamiento de afecciones dolorosas de la conjuntiva y de la córnea: y en los casos de mucha fotofobia como sucede en la oftalmía flictenular para vencer el espasmo del orbicular.

La anestesia general queda desde hoy reservada para casos excepcionales, principalmente para los niños de poca edad.

MIDRIATICOS.

La oftalmología hace un uso frecuente de tres midriáticos: cocaína, duboisina, y atropina.

La cocaína es midriático á la vez que anestésico. Su potencia sobre el iris es solo de mediana intensidad.

En la vejez parece que las fibras dilatadoras del iris sufren cierto grado de atrofia, se rompe el equilibrio y predomina la acción del constrictor de la pupila. Así es que en este período de la vida la pupila aparece siempre contraída, con solo 0.^m0015 á 0.^m002 de diámetro, mientras que en la infancia es por lo menos de 0.^m004 y de 0.^m003 á 0.^m004 en la edad adulta. De modo que el diámetro pupilar disminuye con los años del mismo modo que disminuye el poder refringente del cristalino. De igual manera se agota con los años la sensibilidad del iris al escitante luz. La pupila del niño ejecuta grandes excursiones según que esté á la oscuridad ó á una luz intensa. En la edad adulta disminuye su contractilidad, y en la senectud la pupila es pequeña y permanece con frecuencia inmóvil á su escitante natural. Y en algunos casos ni aun obedece á la poderosa acción de los midriáticos. Estos son los casos que denominamos de *atonía del iris*. El día antes de operar una catarata acostumbramos á instilar unas gotas de la solución:

Sulf. neutro de atropina..... 0. gr. 02

Ag. dest. rosas 9

L. van Swieten 1

- con objeto de obtener una mediana dilatación pupilar. Pues en muchos de estos casos ha sido ineficaz la acción midriática, particularmente en personas de edad muy avanzada.

En cambio la atropina y aun la cocaína en personas jóvenes logran desde la primera instilación una dilatación considerable de la pupila.

La acción de la duboisina es en todo idéntica á la de la atropina, así es que basta que nos ocupemos de esta última.

La atropina es el midriático de que hacemos uso diario, bajo la forma de sulfato neutro. Su acción especial sobre el iris la recomienda en los casos de leucomas centrales, opacidades del núcleo del cristalino, para permitir á los rayos luminosos llegar al fondo del ojo por el espacio libre entre una opacidad regular y una pupila de mayores dimensiones.

Pero la indicación capital de la atropina es en las iritis para impedir la formación de sinequias posteriores en el centro de la pupila; en este caso ordenamos 0.^{gr}.05 en 10 gr. de agua para hacer instilaciones cada hora, cada dos ó tres horas según la intensidad del mal. En una iritis muy aguda instilaciones atróficas cuatro ó cinco veces al día, de hora en hora.

En las úlceras profundas centrales de la cornea que amenazan perforación, prescribimos atropina para prevenir la eventualidad de una sinequia anterior en caso de producirse la perforación.

De un modo general, diremos que *la acción midriática de la atropina se aprovecha de un modo mecánico.*

La atropina es una sustancia tóxica que debe manejarse con cuidado.

Una joven anémica, á quien receté un colirio de

Sulfato de atropina.....	} aa. 0. gr. 10
Clorhidrato de cocaína...	
Ag. dest.....	10 gramos

Para instilar un par de gotas cada tres horas en un ojo con objeto de reducir una hernia reciente del iris, supe que al 2º

dia por la tarde, es decir, como á la 8ª ó 9ª instilación, habia sentido la enferma fogaje en la cara que se puso encendida y caliente, de modo que la madre la ereia con calentura y delirio animado; y dice que estaba conversadora y alegre, lo que atribuyó á que habia tomado un poco de vino en el almuerzo. La hizo acostar, y después que sudó á las dos ó tres horas volvió á su estado normal.

La madre me manifestaba su asombro algunos dias despues, porque tomando doble cantidad de vino no habia llegado á *emborracharse*.

A una señora que debia ser operada de catarata en un hospital del interior se le ordenó la instilación previa de algunas gotas, de atropina. Por uno de esos errores de distracción que tan desagradables son luego para los médicos como perjudiciales para los enfermos se prescribió un colirio de

Sulfato de atropina.....: 2 gramos.

Ag. dest..... 10 „

en vez de indicar dos centígrados solamente del alcaloide como fué la intención. Deseando que dicha fórmula se despachase grátiis, se le puso doble firma; y creyendo por esto el farmacéutico que era esa la cantidad pedida despachó el gramo y medio de atropina que tenia en su laboratorio disuelto en los 10 gramos de agua.

A las 10 de la mañana empezaría el enfermero á instalar el colirio conforme á las prescripciones recibidas. A las 4 de la tarde advertido el médico por el farmacéutico de la dosis tan considerable de atropina que habia recetado, corrió al Hospital, donde vió á la enferma presa de delirio, con los ojos muy abiertos, la expresión de la cara animada, y las mejillas sonrosadas, que se habia levantado de su cama, y caminaba por la habitación, conversando sola en un lenguaje confuso é ininteligible por torpeza marcada en los movimientos de la lengua. Dos hombres podian apenas sujetarla empuñada como estaba en salir de la habitación.

Se le dieron á tomar 8 tazas de café puro, y se recomendó al enfermero que avisase si á las 7 de la noche no había mejoría. A las 8 como la escitación era aun mayor se le dispuso para tomar cucharadas cada media hora:

Eter sulfúrico.....	1 gramo.
Tint. de almizcle.....	X gotas.
Agua destilada melisa.....	150 gramos.
Jarabe azahar.....	30 gramos.

hasta quedar tranquila.

En la visita de la mañana siguiente hallamos á la enferma sentada en la cama, ya en mejor estado, pero no aun en el normal, puesto que siendo la enferma de carácter taciturno y quejosa parecia estar muy contenta; la pupila estaba muy dilatada, y yo que ignoraba lo sucedido, vine á enterarme entonces de la intoxicación que había sufrido.

Solo se habían instilado seis á ocho gotas en cada ojo, segun dijo el enfermero; de suerte que se depositaron sobre las conjuntivas unos diez á doce centígramos de atropina, cantidad que fué suficiente para producir un envenenamiento.

MIOTICOS.

Los medicamentos destinados á producir la contracción de la pupila de uso frecuente son: la eserina y pilocarpina. Este último, alcaloide del jaborandi, lo usamos en la proporción siguiente:

Nitrato de pilocarpina.....	0 ^{gs.} 10.
Agua destilada.....	10.

para instilar gotas dos ó tres veces al dia.

¶ Pero la eserina es un miótico más poderoso y de uso más general. Contra las úlceras periféricas de la córnea y bastante profundas para hacer temer la perforación, asociamos al tratamiento de las mismas un colirio compuesto de

Sulfato de eserina.....	0 ^{gs.} 05
Agua destilada.....	9 00
Licor de Van Swieten.....	1 00

con objeto de evitar las hernias del iris.

Es de uso comun instilar eserina en los ojos enfermos de glaucoma, pero á decir verdad, su acción, si alguna tiene, debe ser limitada contra esta afección.

Después de las operaciones de catarata y antes de colocar el vendaje; seguimos la práctica de instilar varias gotas del colirio

Sulfato de eserina.....	0	g ^s .	10
Agua destilada	9		00
Licor de van Swieten.....	1		00

y á veces hasta de una solución más concentrada, con objeto de obtener una contracción enérgica y duradera de la pupila que coloque al ojo en condiciones favorables para evitar las hernias del iris.

Nunca hemos observado efectos tóxicos por el uso de la eserina á éstas dosis.

ANTISÉPTICOS.

En toda afección de los párpados de las vias lagrimales y de las membranas externas del globo ocular conviene no solo mantener una limpieza esmerada sino que debe esta hacerse con líquidos antisépticos que arrastren las sustancias extrañas y destruyan otras que pudieran dificultar la curación. Es numerosa la lista de soluciones antisépticas, pero daremos solamente la fórmula de las que usamos con preferencia. Contra las conjuntivitis y afecciones de la cornea:

Acido bórico.....	10	g ^s .
Agua destilada.....	350	g ^s .

Acido salicílico.....	1	gr.
Agua destilada.....	400	gr.

ó bien asociándolas al sublimado al 1 por 5,000 proporción á que esta sustancia no es irritante, formulando

Acido bórico.....	15 gr.
Ag. destilada.....	400 gr.
Licor de van Switen.....	100 gr.

Las soluciones de Naftol, creolina, biyoduro de mercurio y otras que se usan con el mismo fin son irritantes sin ser mejores que las soluciones bóricas á que damos la preferencia.

A los colirios de alcaloides les unimos una corta cantidad de sublimado para evitar la formación de hongos.

En las afecciones de las vías lacrimales usamos para hacer inyecciones en el saco una solución de

Sulfato de zinc.....	2 gramos.
Agua destilada.....	200 gramos.

Estas inyecciones se hacen diariamente hasta obtener la desaparición del pus, solas, ó combinadas al cateterismo.

Y en fin, en los casos de afecciones, palpebrales hacemos uso frecuente de lociones de borato de sosa al 2^o/_o.



OPERACIONES.

Ascienden á 170 el número de operaciones á que han dado lugar los enfermos de la estadística.

Las hemos clasificado por regiones guiándonos por el objeto de la operación; así una extracción combinada de catarata, se incluye en el grupo cristalino solamente, á pesar de ejecutarse á la vez una operación sobre la cornea—*queratomia*,—y otra sobre el iris—*iridectomia*.

Cerca de una sexta parte de los enfermos fueron sometidos á tratamientos quirúrgicos. Como se ve en el adjunto cuadro el mayor número de operaciones se practicaron en el cristali-

OPERACIONES.	Párpados	9
	Vias lacrimales.....	24
	Orbita	4
	Músculos motores del ojo....	8
	Conjuntiva	14
	Cornea.....	31
	Esclerótica.....	5
	Iris.....	14
	Cristalino.....	61
	TOTAL.....	170

no, y luego por orden de frecuencia en la cornea, las vias lacrimales, la conjuntivas, y el iris, muy escaso número en los párpados, músculos motores del ojo, esclerótica y órbita.

PARPADOS.

En la región palpebral se practicaron 9 operaciones divididas del modo siguiente.

Contra xantelasma.....	1.
„ anquiblefaron.....	1.
Cantoplastia.....	1.
Contra chalazión.....	1.
„ triquiasis.....	1.
„ entropion	2.
„ ectropión.....	2.

XANTELASMA.

Extirpación con pinzas, bisturí, y tijeras, de dos voluminosos xantelasma simétricos situados en los párpados superiores cerca del ángulo interno, en un señor blanco de unos 40 años. Coloco tres suturas de seda en cada uno para cubrir la pérdida de sustancia de la piel.

Al 2º día habia tumefacción palpebral, y rotura de dos puntos. Compresas frías, toques con tintura de iodo.

Resultado. Curación con cicatriz poco aparente.

ANQUILOBLEFARON.

A un herrero, blanco, de 33 años, que padecía anquiblefaron cicatricial en el lado izquierdo por quemaduras, que dejaba solo libre un pequeño espacio por el ángulo externo, lo operé del modo siguiente: Sección con tijeras rectas de toda la porción adherida hasta el ángulo interno, colocación de tres suturas en cada párpado entre piel y conjuntiva. Vendaje.

Resultado. Mediano, pero el enfermo podía ver con este ojo que antes quedaba oculto por los párpados.

CANTOPLASTIA.

En una mujer, blanca, para combatir el entropion y tri-

quiasis consecutivos á granulaciones palpebrales, se desbridó el ángulo externo de O. I. con tijeras rectas. Suturas.

Cicatrización rápida. Alivio.

CHALAZION.

Morena de 50 años, chalazión voluminoso del párpado superior derecho.

Incisión cutánea, disección del tumor, estirpación. Se produjo perforación del párpado.

En algunos días curación radical de este accidente.

TRIQUIIASIS.

Contra un triquiasis parcial del párpado superior derecho en un individuo blanco, operé por el procedimiento de Jaesche-Arlt. Resultado inmediato bueno; ignoro el definitivo.

ENTROPION.

A una negra anciana con entropión por granulaciones, operé en Cárdenas ambos párpados superiores por el procedimiento de que acabamos de hablar.

Resultado inmediato; satisfactorio. Algunos meses despues se comprobó que si bien se habían alejado las pestañas, el borde libre de los tarsos incurvados chocaba contra las corneas.

ECTROPION.

Dos negros, un varón, y una hembra, de 79, y 40 años respectivamente que padecían esta deformidad por atonía del orbicular, fueron operados por el procedimiento de Snellen pasando dos hilos de seda por los fondos de saco que se hacen salir y se anudan en la mejilla.

Copiamos íntegra una de las observaciones.

«Negra, de 40 años, ectropión del párpado inferior izquierdo por atonía muscular.

1887.-Febrero 5. Coloco dos suturas de Snellen, una hacia el ángulo externo, y la otra en la parte media del fondo de saco, con seda fuerte y agujas curvas de mediano tamaño, que

hice salir por debajo del reborde orbitario. Los hilos se ligaron fuertemente sobre un rollito de badana, despues de haber enderezado el párpado por tracción. Al terminar había ya edema palpebral.

4º dia. La inflamación es fuerte. La piel comprendida entre el borde del párpado y las suturas forma un grueso rodete inflamado.

6º Ha tenido fiebre. Levanto las suturas. Por los puntos de la herida sale pus. La región operada está sumamente dura.

20º En el punto por donde pasaron los hilos hay una cicatriz dura, profunda, no aparente al exterior. El párpado queda separado del globo como unos 0^m002. Recomiendo vendaje compresivo durante la noche.

A los 8 meses vuelve. El resultado definitivo es excelente. No queda señal de operación, á no ser un pequenísimos aumento de pigmento en el punto de la sutura. El borde ciliar se aplica bien sobre el globo; no hay lagrimeo; la hiperemia conjuntival que era crónica ha desaparecido.

VIAS LACRIMALES.

El tratamiento quirúrgico de las vias lacrimales se ha reducido á la incisión del conducto lacrimal con el cuchillo de Weber, y al tratamiento consecutivo por inyecciones astringentes para curar la dacriorrea, y al cateterismo para desobs-

SEXOS		RAZAS				EIDADES			Conducto incidido		Cateterismo.	Número de enfermos.	Número de operaciones.	RESULTADO		Accidentes		
V.	H.	B.	Ch.	M.	N.	-15	15 á 50	+50	D.	I.				Mejoría.	Curación	Edema de la cara.	Hemorragia por cateterismo.	PIEBRE
7	13	15	"	3	2	3	12	5	13	12	14	20	24	8	4	2	2	1

truir el conducto nasal y permitir de este modo á las lágrimas correr hasta las fosas nasales. Ya nos hemos ocupado del uso de las inyecciones de una solución de sulfato de zinc al 1% ó 2% que empleamos constantemente hasta conseguir la desaparición del pus.

Recurrimos al cateterismo cuando no es aún posible hacer llegar la inyección á la nariz. En este caso empezamos pasando la sonda n^o 3 de Galezouski, y pasamos luego al n^o 4. Las sonda 5, y 6, la reservamos para casos excepcionales por considerarlas tan gruesas que desgarran la mucosa ó la mantienen por lo menos en estado inflamatorio. Así no es raro que persista el lagrimeo aun despues de pasada toda la serie de sondas. Nosotros despues de obtenida la desobstrucción con una sonda de mediano calibre continuamos el tratamiento por las inyecciones durante cierto tiempo. Pero confieso que este modo de proceder no siempre consigue la curación radical. Muchas veces pasan la sonda n^o 4 y aún el 6^o y siu embargo la inyección es devuelta, lo que depende de mucosidades y restos de pus que obstruyen el canal nasal; si entonces se pasa una sonda inmediatamente será fácil hacer correr el líquido hasta las fosas nasales, pero no se logrará lo mismo al día siguiente sin un previo cateterismo. Este tratamiento es pues por lo menos enojoso.

Algunos enfermos no volvieron á consultarse despues de la incisión, y otros abandonaron el tratamiento apenas empezado. De los que lo continuaron por tiempo suficiente he anotado 4 curaciones y 8 mejorías. Estos se refieren á la cura de la supuración pero con persistencia del lagrimeo.

Los accidentes principales que hé observado en el tratamiento de la dacriorrea, fueron, una vez fiebre de invasión brusca y con frio, análoga á la que provoca el cateterismo de las vías urinarias, y que combatí con quinina; dos veces hemorragias producidas en la mucosa con la sonda al pasar por un conducto muy estrecho; y en fin, el edema de la cara

por la penetración del líquido de las inyecciones en el tejido celular, por mala dirección de la punta de jeringuilla. Este es un accidente desagradable pero que desaparece sin consecuencias al cabo de algunos días. En 1887 comuniqué á la Sociedad de Estudios Clínicos una observación sobre este accidente y modo de combatirlo por la compresión.

ORBITA.

Entre las operaciones de la orbita comprendemos la extracción de un secuestro y varias municiones que penetraron en la orbita izquierda de un blanco adulto á quien se le disparó casualmente la escopeta en una cacería. Después de este accidente se formó una cicatriz irregular en lado externo del ojo, con adherencia del párpado superior á la cornea y quedó una abertura fistulosa en supuración. Para obtener la cura definitiva puse al descubierto toda la pared externa de la orbita; se extrajeron varias municiones que aún había en el tejido celular, se extrajo un secuestro, y se racló una porción rugosa del hueso, se desprendió el párpado superior, y con hilos de plata se hicieron suturas reformando toda la porción externa de dicho párpado que había sido destruida.—Se obtuvo la curación.

TUMOR DE LA ORBITA.

En el *Recueil d'ophtalmologie*, publiqué la observación de un tumor superoexterno de la orbita que había rechazado al ojo fuera de la misma, y su extirpación levantando un colgajo triangular de piel junto al borde orbitario superior. Este tumor era un quiste voluminoso de pared gruesa y resistente, lleno de una materia sebácea. No se vió glándula lacrimal. Por esta causa y



Colgajo del párpado superior para extraer un quiste de la orbita.

por su posición creo que el quiste se había desarrollado en dicha glándula á la que hizo desaparecer por completo. La curación fué rápida.

ENUCLEACION.

En este punto incluimos los dos casos de enucleación practicados: uno en un anciano blanco, cuyo O. I. amaurotico se extrajo para detener una oftalmia simpática del congenere; y el otro en el muñón doloroso de un ojo que había recibido una pedrada. Ambos se extirparon por el procedimiento de Bonet, y se colocó la sutura circular de la conjuntiva.

En resúmen las operaciones en la órbita fueron:

Quiste sebáceo.....	1
Caries.....	1
Emucleación.....	2

MUSCULOS MOTORES DEL OJO.

En la mayor parte de los estrabismos con gran desviación una sola tenotomía apenas consigue más que una ligera mejoría. El enfermo endereza más las corneas cuando mira del lado del ojo operado, ó cuando no se fija; pero en este caso ó mirando del lado no operado el estrabismo es tan pronunciado como antes de la operación; y el resultado por consiguiente es nulo.

Si se seccionan los tendones de ambos rectos internos es más natural que se obtenga el paralelismo de los ejes ópticos; pero, sin embargo no siempre se obtiene por una doble operación la curación del estrabismo.

ENFERMOS	ESTRABISMO	TENOTOMIA		RESULTADO	OBSERVACIONES
		R. int.	R. ext.		
H. B. 18 años	Converg.	D. I.	.....	Mejoría	En la mirada vaga hay casi corrección. Al fijarse se aumenta la desviación.
H. B. 25 "	Converg.	I	.....	Mejoría	
H. N. 40 "	Diverg.	.....	I	Bueno	La desv. era grande.
H. B. 14 "	Converg.	D.	.....	Mejoría	La desv. era corta
H. B. 5 "	Converg.	D.	.....	Mejoría	La desv. era grande.
V. B. 31 "	Diverg.	.....	I	Mejoría	Estrabismo converg. del ojo no operado.
V. B. 14 "	Converg.	D.	.....	Nulo	Desv. grande

La falta de éxito se explica porque en un estrabismo invertido, y con gran desviación, que son los que habitualmente solicitan el recurso quirúrgico, la contractura del recto interno ha originado la distensión exagerada y atonia consecutiva del recto externo. Si se suprime una de las causas del estrabismo, el músculo contracturado, no por eso se endereza el ojo, puesto que el recto externo carece de energía para llevar la cornea hacia adelante. El tratamiento más racional sería por consiguiente hacer simultáneamente la tenotomía del recto interno y el avanzamiento del recto externo del ojo estrabico.

CONJUNTIVA.

En esta mucosa se han practicado las siguientes operaciones:

Extracción de cuerpo extraño.....	1
Peritomia.....	1
Operación de pterygion.....	12

El *cuerpo extraño* era un pedacito de carbon que en un viaje por ferro-carril penetró en el ojo y fué á implantarse en la conjuntiva del tarso superior cerca del fondo de saco. Se extrajo con una aguja.

La *peritomia* se hizo en O. D. de un mulato que padecía una degeneración de la conjuntiva con hipertrofia del tejido, supuración rebelde á todo tratamiento y pannus de la cornea. Apenas se obtuvo mejoría.

PTERYGION.

Los pterygiones que solo se adhieren á la conjuntiva bulbar

ENFERMO	Ojo operado	Dirección del pterygion	Procedimiento operatorio	Resultado	Desarrollo del pterygion
V. N. 41 años.	D. I.	Int.	Arrollamiento	Bueno	Voluminoso
H. B. 46 "	D.	Int.	Arrollamiento	Bueno	Tenue
V. B. 45 "	D.	Int.	Extrangulación	Bueno	Tenue
H. N. 50 "	I.	Int.	Extr. y excisión	Bueno	Voluminoso
V. B. 37 "	D. I.	Int.	Extr. y excisión	Recidiva	Voluminosos
V. B. 37 "	D. (recid.)	Int.	Extr. y excisión	Bueno	Tenue
H. N. 50 "	D. I.	Int.	Extrangulación	Recidiva	Voluminoso
V. N. 35 "	D. I.	2 int. 1 ext.	Extr. y excisión	Bueno	Voluminosos

por su eje se operan más fácilmente y no requieren ligaduras para unir la mucosa sobre el globo.

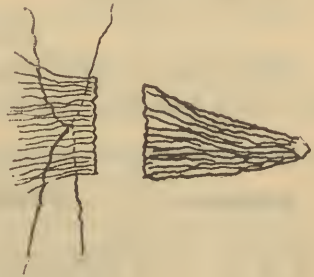
Los pterygiones voluminosos exponen más á la recidiva por la gran pérdida de sustancia que dejan en la cornea y por la tumefacción de la mucosa que á menudo sigue á la operación.

La inflamación conjuntival post-operatoria es mayor cuando se opera por arrollamiento, como lo hace el Dr. Galezowski. Este procedimiento consiste en desprender el pterygión hasta su base, y con un hilo armado de dos agujas, que se pasan por el vértice y la base, se estrangula fuertemente al hacer el nudo y queda el pterygión arrollado sobre si mismo. El tumor que de este modo forma el pterigión en el ángulo del ojo provoca durante los primeros dias una viva hiperemia de la mucosa, y lagrimeo abundante porque el pterygión obstruye ó comprime los puntos lacrimales. Pero el resultado definitivo es bueno.

Con objeto de evitar estos inconvenientes he modificado la operación del modo siguiente.

Se desprende el pterygión de la córnea por tracción ó por disección, con las tijeras se separa del bulbo hasta la base; se pasa por el centro de esta una aguja con un hilo doble, y se hacen dos fuertes ligaduras, una superior y otra inferior que estrangulan la base; y terminado esto se excinde de un tijeretazo toda la porción libre. El resultado de esta operación es bueno.

Después de la operación se hace una cura con vaselina bórica y un vendaje simplemente protector.



Operación del pterygión
por estrangulación y excisión

Al cabo de una semana la curación es completa.

CORNEA.

En esta membrana se hicieron:

Extracción de cuerpos extraños.....	16.
Sesiones de tatuage.....	13.
Paracentesis.....	2.

Los cuerpos extraños se alojan casi siempre en la porción habitualmente descubierta de esta membrana, es decir, en los dos tercios inferiores. Estos cuerpos generalmente de 0.^m001 á 0.^m003 se detienen en las capas anteriores de la cornea de donde se extraen con facilidad mediante una aguja ó cualquier instrumento puntiagudo. Entre los que he extraído había

Partículas de hierro.....	6.
» de madera.....	1.
» de carbón.....	1.
» de piedra.....	1.
Depósitos de plomo.....	4.

El estudiar los cuerpos extraños de la cornea insistimos sobre esta última clase debida al uso imprudente de los colirios de acetato de plomo.

TATUAGE.

Esta operación que consiste en incrustar en el tejido blanco del leucoma, por medio de hincadas, tinta de China

ENFERMOS	ENFERMEDADES	Sesiones de Tatuáge	Resultado.
H. B. 15 años	Leucoma central adherente O. D.	4	Mediano
H. B. 25 »	Leucoma central adherente O. D.	5	Mediano
V. N. 29 »	Leucoma periférico.	3	Mediano
V. B. 28 »	Leucoma periférico adherente.	1	.....

ú otra materia colorante fija, necesita una serie de sesiones si se quiere obtener resultado sin inflamar el ojo.

Desde que se empieza la operación se produce una intensa inyección periquerática, y abundante, fenómenos que persisten por espacio de 20 ó 30 horas, pero no es dolorosa gracias á la cocaina.

El resultado de esta operación es mediocre.

Aun después de varias sesiones la cornea solo adquiere un tinte azuloso distinto del pardo del iris. A distancia sin embargo es el defecto menos apreciable.

No he tenido accidentes ni en los casos de leucoma adherentes.

PARACENTESIS.

He practicado dos. Una para vaciar un hipopión en una iritis grave; y otra en una úlcera con hernia de la membrana de Descemet para evitar la salida del iris.

ESCLEROTICA

La esclerotomía es una operación análoga á la paracentésis, puesto que se hace la punción de la membrana externa y vaciamiento del humor del ojo. La *esclerotomía posterior* es una punción á través de todas las membranas oculares.

ENFERMOS	Clase de Esclerotomía	Núm. de punciones	Accidentes	Resultado.
V. Ch. 47 años	Posterior	1		Nulo
H. B. 60 "	Posterior	2		Nulo
H. B. 54 "	{ Posterior	1	Agráv. de la neuralg.	Nulo
	{ Anterior	1		Agráv. de la neuralg.	Nulo

La *esclerotomía anterior* se practicó con cuchillo de Graefe, punción y contra punción, cerca del borde de la córnea, dejando un puente de esclerótica, y se hace salir sin brusquedad el humor acuoso.

La esclerotomía posterior se hizo con el mismo cuchillete siguiendo las prescripciones de Parinaud. Se produce una pe-

queña hemorragia conjuntival, y derrame de una gota de humor vitreo debajo de la mucosa. La curación es rápida. Los resultados negativos.

IRIS.

Dos suertes de operaciones, se han practicado especialmente sobre el iris.

Iridectomia..... 9.

Iridotomia..... 5.

Hice *iridectomia óptica* en 6 casos de leucoma extensos, y en uno de obstrucción pupilar. En otro enfermo operado de catarata en el que se produjo hernia del iris, se excindió la porción herniada.

La *iridotomia* ó incisión del iris, la practiqué en 5 casos de desviación de la pupila por detrás de la incisión que se hace para extraer la catarata. Dos veces se hizo vertical el ojal al iris, y las demás horizontal.

Los resultados fueron buenos dos veces, regular en uno, y nulo en otros dos, por iritis consecutivas.

CRISTALINO.

El cristalino es la región ocular en que mayor número de operaciones se han practicado, distribuidas en el orden siguiente.

Extracción..... 54

Discisión de secundaria..... 4

“ de catarata regresiva..... 3

EXTRACCIÓN DE CATARATA.

Esta es la operación que con mayor frecuencia se practica, y la más importante de todas las que se ejecutan en los ojos, así como es la más delicada de todas las operaciones quirúrgicas.

He practicado extracciones en individuos sanos, en muchos ateromatosos, en un diabético, dos en un cirrótico que dieron mal resultado, lo mismo que otras dos en una anciana con nistagmus rotatorio.

OPERACIONES DE CATARATAS.

NUM.	ENFERMO.			DIAGNOSTICO.	Ojo operado.	Procedimiento operatorio.	ACCIDENTES INMEDIATOS.	ACCIDENTES REMOTOS.	VISTA.
			AÑOS.						
1	V.	B.	90	Dura	I.	Queratomia sup. comb.	Salida de humor vitreo. Luxación de la catarata	Panofalmitis	O.
2	H.	B.	55	Dura. Cupas corticales blandas	D.	Querat. sup. comb.	Salida h. vitreo	Ectropion. Conjuntivitis. Quemosis. Opaed cornea	< n
3	H.	B.	61	Dura	I.	Querat. sup. comb.	Hemorragia cam. ant. Salida h. vitreo	Quemosis. Infiltrac. cornea Secundaria. Neuralgia	< n
4	H.	N.	40	Medio dura	D.	Querat. sup. comb.	Salida h. vitreo	Infiltrac. cornea	buena.
5	H.	B.	61	Dura	I.	Querat. sup. comb.	.....	Hernia iris 7º día. Exeisión.	< n
6	H.	B.	55	Medio dura	D.	Querat. sup. comb.	Hemorragia cam. ant.	.....	buena
7	H.	N.	50	Medio dura	I.	Querat. sup. comb.	Salida abundante h. vitreo en 1.º tiempo Depresión globo	Pupila deformada	buena
8	V.	B.	52	C. corticales blandas	I.	Querat. sup. comb.	.....	Infiltrac. cornea	buena
9	V.	B.	52	C. corticales blandas	D.	Querat. sup. comb.	Salida h. vitreo	Iritis intensa-Secundaria	< n
10	V.	N.	40	Regresiva	I.	Querat. sup. comb.	.....	.....	< n
11	H.	B.	53	Dura	I.	Querat. sup. comb.	.....	.....	½
12	V.	N.	40	Regresiva	D.	Querat. sup. comb.	Salida h. vitreo	Conjuntivitis.-Secundaria	< n
13	V.	B.	69	Dura	I.	Querat. sup. simple	Salida abundante h. vitreo	Quemosis. Ectropion.	< n
14	V.	B.	60	Negra	I.	Querat. sup. simple	Salida h. vitreo	Hernia iris. Exeisión.	< n
15	V.	Ch.	44	Medio dura.	D.	Querat. sup. comb.	Hemorr. cam. ant.-Salida h. vitreo	Conjuntivitis. Hernia iris Secundaria	< n
16	H.	B.	55	Dura	D.	Querat. sup. simple	Salida h. vitreo	Iritis	buena
17	H.	M.	90	Dura	I.	Querat. sup. comb.	Hemorr. cam. ant.-Salid. h. vitreo	Iritis-Secundaria	< n
18	H.	B.	59	Dura	I.	Querat. sup. comb.	Salida h. vitreo.	{ Vaciamiento vitreo, y hemorragia intraocular por vómitos pertinaces	O.
19	V.	N.	17	Regresiva	I.	Querat. inf. comb.	.....	Iritis	< n
20	V.	B.	70	Dura	D.	Querat. sup. comb.	.....	.....	buena
21	V.	B.	54	Dura	I.	Querat. sup. comb.	Salida abundante de h. vitreo	Iritis intensa	buena
22	H.	B.	55	Dura	I.	Querat. sup. comb.	Hemorragia cam. ant.	.....	1
23	H.	B.	55	Medio dura	I.	Querat. sup. comb.	.....	Secundaria	½
24	V.	Ch.	57	Dura	I.	Querat. inf. comb.	Salida h. vitreo	.....	buena.
25	V.	Ch.	57	Dura	D.	Querat. inf. simple	.....	.....	1
26	H.	B.	59	Dura	D.	Querat. inf. comb.	Salida h. vitreo	.....	½
27	V.	N.	85	Dura	I.	Querat. inf. comb.	.....	Infiltrac. cornea Iritis.	½
28	V.	N.	85	Dura	D.	Querat. sup. simple	.....	.....	1
29	V.	B.	57	Medio dura	I.	Querat. sup. simple	.....	urticaria-golpe cólico nefritico	O.
30	V.	B.	57	Medio dura	D.	Querat. sup. simple	.....	Iritis-Hernia iris	p. l.
31	V.	B.	57	Dura	D.	Querat. sup. simple	.....	.....	½
32	V.	B.	92	Dura	D.	Querat. inf. simple	.....	.....	1
33	H.	B.	59	Dura	D.	Querat. sup. simple	.....	.....	1
34	V.	B.	58	Dura	D.	Querat. sup. simple	.....	.....	1
35	V.	B.	69	Dura	I.	Querat. sup. comb.	.....	Iritis.	buena
36	V.	B.	69	Dura	D.	Querat. sup. comb.	.....	Iritis.	buena
37	H.	N.	46	Dura	D.	Querat. sup. comb.	.....	.....	1
38	V.	B.	47	Medio dura	I.	Querat. sup. comb.	.....	.....	1
39	V.	B.	47	Dura	D.	Querat. sup. comb.	.....	.....	1
40	V.	N.	85	Dura	I.	Querat. sup. simple	Salida h. vitreo	Supuración cornea	O.
41	V.	N.	85	Dura	D.	Querat. sup. comb.	.....	.....	< n
42	H.	B.	56	Dura	D.	Querat. sup. simple	.....	.....	buena
43	V.	B.	44	Medio dura	I.	Querat. inf. simple	Dificultad extracción	Iritis. Atrofia cornea	p. l.
44	H.	N.	70	Dura	I.	Querat. sup. simple	.....	.....	½
45	H.	N.	70	Dura	D.	Querat. sup. simple	.....	.....	½
46	H.	B.	48	Dura	I.	Querat. sup. simple	Salida h. vitreo	Conjuntivitis. Hernia iris	eta. dedos
47	H.	B.	48	Dura	D.	Querat. sup. simple	Salida h. vitreo	Infiltrac. cornea	O.
48	V.	N.	70	Dura	I.	Querat. sup. simple	.....	Iritis ligera	1
49	V.	B.	56	Dura	I.	Querat. sup. simple	Hemorr. cam. ant. Salida h. vitreo	Iritis ligera	½
50	H.	B.	50	Dura	D.	Querat. sup. simple	.....	Secundaria	½
51	V.	B.	36	Medio dura	I.	Querat. sup. simple	.....	.....	½
52	H.	B.	60	Dura	I.	Querat. sup. simple	.....	Iritis intensa.	p. l.
53	H.	B.	50	Dura	D.	Querat. sup. simple	.....	.....	½
54	H.	B.	50	Dura	I.	Querat. sup. simple	.....	.....	½

La mayor parte de estas cataratas eran duras ó medio-duras, es decir de núcleo consistente con capas corticales blandas. En este caso son blancas y con frecuencia nacaradas mientras que las demás tienen color amarillo oscuro, rojizo y negro y son las más consistentes y voluminosas.

Se practicó la operación en O. D. 25 veces y 29 en O. I.

Respecto al procedimiento operatorio he dividido mis enfermos en dos grupos: 1º Extracción combinada; 2º Extracción simple.

Extracción combinada. Comprende una serie de 27 enfermos. La incisión de la córnea, generalmente superior, se hacía periférica, unas veces lineal y otras á pequeño colgajo. Solo dejó de hacerse la iridectomía en casos escepcionales. Poco práctico todavía en medir la resistencia del ojo se anotó en gran número de casos como accidente operatorio la salida de humor vitreo. La excisión del iris originaba hemorragias en la cámara anterior que dificultaban los tiempos siguientes de la operación. Consecutivamente aparecían los enclavamientos y hernias del iris, las iritis á veces intensísimas, y desesperantes por su persistencia, los quemosis conjuntivales y las infiltraciones de la cornea por el obstáculo mecánico á la perfecta coaptación de los labios de la herida, y finalmente en algunos casos desviaciones de la pupila por detras de la incisión, y exudados pupilares que hacían fallar operaciones correctas en apariencia.

Extracción simple. Punción y contrapunción de la córnea sobre el limbo conjuntival, y vértice del colgajo á 0^m001 ó 0^m002 por dentro de la córnea. Rotura del saco con la punta del cuchillete de Graefe una vez llegado este al centro de la pupila. Apenas se ha tenido que lamentar otro accidente operatorio más que alguna pérdida de humor vitreo en enfermos indóciles, y consecutivamente algunas iritis.

En muchos casos de operaciones hechas en pueblos del in-

terior no he podido graduar exactamente la vista obtenida, así es que en ellos figura solo aproximadamente.

Vista buena ($1/3$ ó mayor).. .. .	33
Vista regular ($1/4$ á $1/10$).....	12
Vista mala ó nula.....	9

Las pérdidas totales con muñón atrófico fueron: por panofthalmia 1;—por vómitos del cloroformo, 1;—por golpe, 1;—por supuración de la córnea, 1;—por infiltración total y permanente de la córnea 1.

En el caso de pérdida por panofthalmia la incisión de la córnea quedó demasiado pequeña, la catarata se luxó y fué á perderse en el fondo del humor vitreo siendo imposible su extracción. En los dias siguientes se declaró violenta inflamación, y finalmente vaciamiento de todo el contenido transformado en pus.

Solo en tres enfermos he administrado el cloroformo para extraer la catarata. En uno de ellos hubo vómitos pertinaces durante la operación, que se repitieron por la noche dando lugar al vaciamiento del humor vitreo y á una abundante hemorragia intraocular.

Un zapatero, cirrotico, tuvo en la noche siguiente á la operación una erupción de urticaria que le obligó á rascarse, dándose un golpe con la mano en el ojo operado, lo que promovió una hernia del iris, iritis intensa, y una infiltración permanente de la córnea con perdida definitiva de la vista.

En un negro operado sobre ambos ojos á la vez en el Hospital de Cárdenas se declaró en uno de ellos, supuración de la córnea. Al levantar el vendaje al día siguiente, salió en abundancia pus claro, la córnea estaba turbia y acabó por necrosarse en su totalidad.

En fin, un hombre raquíptico, en quien fué larga y penosa la extracción determinaron las maniobras contra la membrana de Descemet la opacidad total de la córnea.

En la extracción combinada es frecuente el enclavamiento

de los extremos del iris seccionado en los ángulos de la cicatriz. Este accidente provoca conjuntivitis y quemosis conjuntival, y tumefacción de los párpados particularmente del superior hacia el ángulo interno. Siguen á estos primeros fenómenos inflamatorios dolores en el globo y en toda la región de la rama oftálmica signos de iritis, á veces tan intensos que es la desesperación de los enfermos durante 15 ó 30 días, sin que baste ningun calmante á hacerles llevadera su situación. Y gracias si al fin todo dolor desaparece, pues en algunos casos persiste un dolor sordo con disminución de la vista que acaba por arrastrar la tísís lenta del ojo.

La pérdida de una pequeña porción de humor vitreo no es un accidente grave en sí, y hasta puede obtenerse la curación con salida de un cuarto de la cantidad de dicho líquido; pero este accidente dificultando las maniobras finales de la limpieza, contribuye á que se formen los enclavamientos y hernias del iris.

Si terminada la operación los labios de la herida no han quedado bien coaptados se observa en los días siguientes una infiltración parcial de la córnea bajo forma de líneas blancas paralelas que desde el colgajo avanzan hasta el centro de la pupila. Esta infiltración desaparece ordinariamente sin consecuencias desde que se establece una cicatriz sólida.

En la segunda serie, extracción simple, la operación es más sencilla y los resultados más brillantes.

He aquí nuestro actual modo de operar. Acostado el enfermo se lavan los ojos y los párpados hasta la región superciliar, el dorso de la nariz y la mejilla con la solución de

Acido bórico.....	10 gramos.
Ag. dest.....	300 gramos.
L. van Swieten.....	60 gramos.

Se instilan varias gotas enseguida de la solución de

Clorh. cocaína....	0 ^{gr} .30.
Ag. dest.....	9.
L. van Swieten.....	1.

hasta obtener la anestesia de la córnea. Desde el día anterior se mantiene la pupila medianamente dilatada por una instilación de atropina.

Obtenida la anestesia me coloco por detrás del enfermo, y opero el ojo derecho con la mano derecha y el izquierdo con la izquierda. En las personas que tengan la facilidad de poderse servir de ambas manos, este modo de operar es cómodo por que se conserva siempre la posición por detrás del enfermo, que permite mayor libertad de movimientos.

Se penetra con el cuchillo en la unión de la córnea y de la esclerótica, perpendicularmente hasta traspasar la membrana, se dirige la punta hacia la pupila, y entonces, por un movimiento de bascula se rasga la cápsula; y poniendo nuevamente horizontal el cuchillete se hace la contrapunción en el borde opuesto de la córnea ó un poco por fuera, y se termina el corte con movimientos suaves á $0^m\cdot001$ ó $0^m\cdot002$ por dentro del borde de la córnea.

Terminado este primer tiempo se quitan el blefarostato y la pinza de fijación, únicos instrumentos que se han usado además del cuchillo. Mientras se hace la incisión de la córnea debe cuidarse de no ejercer la menor presión con la pinza sobre el ojo para evitar la luxación de la catarata y la proyección del humor vítreo.

La incisión de la córnea en las cataratas de núcleo duro y algunas masas superficiales blandas, debe tener $\frac{2}{5}$ de la circunferencia de la córnea; y la mitad de la misma en las rojas y negras, que son muy duras y voluminosas. El lado interno de la incisión nunca alcanza tantas dimensiones como el externo. La diferencia se explica por que se hace un corte más ó menos



2/5

1/2

Sección de la córnea.

plano sobre una membrana curva. Las incisiones grandes no son peligrosas si no se ejercen presiones fuertes sobre el globo y en cambio, es más fácil la evacuación de la catarata, y más rápida la cicatrización de la herida por cuanto sus bordes no han sido contundidos.

Después de quitar el blefarostato se deja un momento en reposo el ojo cerrado, y se procede luego á extraer la catarata para lo cual se deprime con la cucharilla ligeramente el labio esclerotical de la incisión á la vez que con el pulgar á través del párpado inferior se comprime suavemente el lado opuesto de la córnea para que aparezca la catarata en la herida, y empujándola del mismo modo se la hace salir lentamente.

Procediendo de este modo, la catarata asoma sola ó recubierta por el iris; en este caso hay que ensanchar la pupila para que la atraviese la lente. Las masas corticales blandas deben evacuarse sin pérdida de tiempo, por que luego al volver el iris á su posición normal, las recubre y se hace entonces difícil su extracción.

He aquí la extracción en dos tiempos, muy sencilla de ejecutar, y sin hemorragias de la conjuntiva ni del iris que tanto incomodan en otros procedimientos. Este modo de operar que hoy practican muchos cirujanos se lo ví por primera vez al Dr. Galezouski, en París, en 1882.

Después de extraída la catarata se limpia la conjuntiva de restos de cristalino que puedan haber quedado allí, se cuida de que la pupila quede redonda y en el centro, se comprueba si el operado ve la mano y cuenta los dedos y coloco varias gotas de la solución

Sulfato de eserina.....	0 ^{gr} .10
Ag. dest.....	9
L. van Swieten.....	1

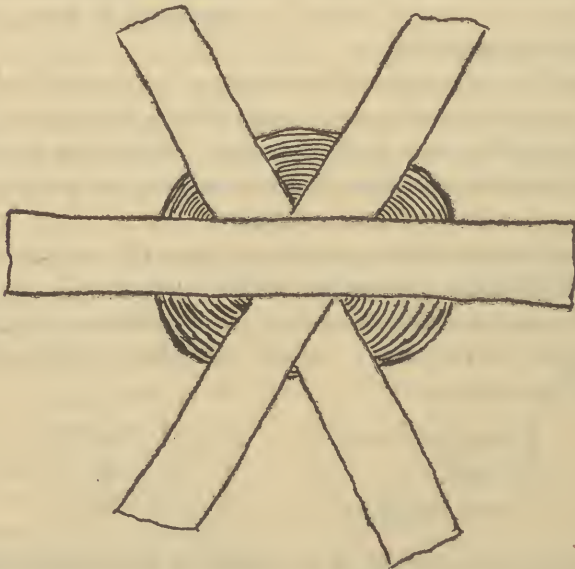
para asegurar la posición de la pupila en las horas necesarias para la cicatrización, y en fin cubro los ojos con un vendaje

simplemente oclusivo.—Entónces se lleva al enfermo por sus propios pies á la cama que debe ocupar.

Algunos operados inmediatamente despues que recobran la vista ven los objetos rojos, otros violados, y otros azules. Hay enfermos que bajo la emoción que experimentan no pueden precisar ningún objeto ni contar los dedos, y sin embargo despues de curados conservan buena vista.

Acostumbro á poner la cama de operaciones de tal modo que la luz de una puerta ó ventana caiga de frente sobre la cara del enfermo.

En la primera serie de mis operaciones usé el vendaje de compresas y algodón sujeto por una venda que da varias vueltas al rededor de la cabeza, y que es lijeramente comprensivo, tal como lo hemos visto practicar y lo aconsejan los autores. En un trabajo anterior dijimos que este vendaje es difícil de mantener bien aplicado, y que al rozar contra la al-



Vendaje ocular.

moñada produce desviaciones que se transmiten al ojo, y que son perjudiciales para el proceso cicatricial. El ojo operado no necesita vendajes compresivos sino simplemente contentivos; y de estos ninguno mejor que los párpados.

El vendaje que uso consiste en una rodaja de algodón salicílico que sujetan en la frente y la cara tres tiras de esparadrapos en forma exagonal. Este vendaje aplicado sobre ambos ojos, aun cuando uno solo haya sido operado, consigue mantener la inmovilidad de los párpados y de los globos oculares hasta la curación de la incisión.

Después de la operación hay un momento de calma mientras dura la acción anestésica de la cocaína, pero luego se siente ardor y aun dolor durante seis ú ocho horas. En los casos normales los enfermos no vuelven á quejarse.

Si el operado está inquieto ó emocionado ordenamos.

Brom. pot.....	4 gramos.
Estr. tebaico.....—.....	0 ^{gr} .15 á 0,30.
Ag. edulcorada.....	120.

para tomar inmediatamente una cucharada, y continuarlas por la noche de hora en hora si siente dolor ó no puede conciliar el sueño.

A los cuatro días, por término medio, si como ordinariamente sucede no ha habido entorpecimiento en la curación, levantamos el vendaje; hacemos la limpieza y se considera curado el enfermo recomendando que durante un día más se mantenga el ojo cubierto con una compresa.

El vendaje compresivo prolongado durante, 10, 15 y 20 días como se aconseja en algunos casos es perjudicial además de las deformaciones que produce en la cicatriz, y de ser doloroso por que provoca un ectropión del párpado inferior como he visto varias veces.

Después de la operación debe quedar el enfermo acostado en la mayor quietud posible durante las primeras 24 ó 36 horas, tiempo necesario para formarse la cicatriz; al cabo de este

tiempo podrá estar sentado pero aun durante tres ó cuatro dias es conveniente que los movimientos sean suaves para dar lugar á que la cicatriz se consolide.

El operado permanecerá en una habitación, que permita la renovación del aire, y que reciba una luz moderada, la suficiente para que vea la persona que ha de cuidarlo. En el Hospital Mercedes quedan mis operados en grandes salas á toda luz y ventilación, á veces escesiva por las corrientes de aire que se establecen, y eso no es obstáculo á muy buenas curaciones.

Nunca me he visto precisado á sujetar las manos del enfermo por la noche para evitar que las lleve á sus ojos, como recomiendan algunos profesores.

Durante los dias que tiene la venda el enfermo solo se le darán alimentos líquidos del modo que hemos indicado en otro lugar.

Al cabo de una semana la cicatriz es sólida, poco aparente, á veces apenas visible, la cámara anterior profunda, el iris móvil y la pupila redonda y contractil. El aspecto es tan agradable que nadie diría á primera vista que semejante ojo ha sido operado.

Esta operación en los casos ordinarios no da lugar á la menor reacción inflamatoria. Las hernias del iris son muy raras, gracias á la acción de la solución fuerte de esernia que contraresta al aflojamiento del iris que sigue á la operación.

Las cosas pasan del siguiente modo. La acción del aire es el miótico más poderoso que conozco: una vez hecha la queratotomía y vaciado el humor acuoso el iris en presencia del aire se contrae poderosamente aun en el caso de existir una previa midriasis atropínica. Pero vueltos á unirse los bordes de la herida y reproducido el humor acuoso la pupila vuelve á su anterior estado, primero, y luego entra en relajación.

He aquí el peligro de las hernias del iris que necesitamos

anular con un miótico enérgico, reinstilado al cabo de algunas horas si es necesario. Pero si se evitan las hernias no sucede lo mismo con los enclavamientos que se producen al dilatarse posteriormente el iris ó tal vez bajo la presión de un esfuerzo, viniendo el iris por cerca de su gran circunferencia á ponerse en contacto con el borde interno de la incisión, lo que en todo caso solo da lugar á una pequeña deformación de la pupila.

Este enclavamiento que es como un pellizco del iris por la cara posterior de la córnea es menos importante que los enclavamientos en los iridectomizados en que el iris se interpone entre los labios de la incisión, dificulta la cicatrización, y arrastra la pupila haciéndola desaparecer por detras de la misma cicatriz, y es causa de iritis, y de esos dolores persistentes que acaban por consumir el ojo.

La extracción simple rara vez da lugar á accidentes ni en la operación ni en los dias siguientes. El manual operatorio tiene la ventaja de no introducir más que un instrumento en el ojo. En la extracción combinada la iridectomía que requiere el uso de dos instrumentos tal vez juegue algun papel en la frecuencia de las iritis, ó de esa reacción inflamatoria con tumefacción parcial del párpado, quemosis de la conjuntiva y dolor que no constituye una iritis franca.

La ejecución de la extracción simple es más sencilla y rápida; á veces no necesita dos minutos de tiempo: esta brevedad tiene su valor en personas poco dóciles.

Los resultados obtenidos en la extracción simple son superiores á los de la combinada, por el sencillo hecho de conservar una pupila central, redonda y contractil que anula los círculos de difusión y regula la cantidad precisa de luz que ha de penetrar en el ojo para dar pureza á las imagenes.

DISCISION DE LA CATARATA SECUNDARIA.

La extracción de la catarata rasgando la capsula que es el

modo general de operar, determina el arrollamiento de esta delgada envoltura del cristalino formando pliegues que dificultan la vista clara. Cuando estos pliegues son numerosos y permanecen en el campo pupilar solos ó conteniendo restos de catarata ó con adherencias á la pupila por exudados de iritis, constituyen la *Catarata secundaria* que disminuye ó impide la vista. En este caso es necesario practicar la discisión de la opacidad capsular con una ó dos agujas.

He hecho esta operación en cuatro enfermos y los resultados no han correspondido á las esperanzas; la membrana que se trata de desgarrar es de ordinario muy resistente, y á veces son inútiles todas las tentativas para librar un paso á la luz.

En tres casos de catarata regresiva con reabsorción total del cristalino y espesamiento de la capsula practiqué la dislaceración con dos agujas de Bowman.

En los tres se consiguió la formación de una pequeña pupila central: Aunque en uno el resultado fué excelente $V=1$, en los otros dos solo se consiguió una escasa mejoría.



ERRATAS PRINCIPALES.

PÁGINA	LINEA	DICE	LÉASE
5	6	especie morbosa	especies morbosas.
8	2	astenopiasto	astenopias.
9	27	y en otro	y otro.
22	11	ó sea	ósea.
30	28	pamus	pannus.
34	1	rechaza	rechazada
53	19	son	es.
53	20	persisten	persiste.
54	30	dórico	bórico.
55	21	urulento	purulento.
70	.....	.....	[véase la lámina invertida.]
80	9	terminales	terminaciones.
80	penúltima	terapéutica febril	terapéutica del herpes febril.
86	25	conservado	observado.
86	26	observado	conservado.
87	última	padecen en los	padecen los.
102	7	atropia	atrofia.
121	última	contribuyen	contribuye.
157	12	auridia	aniridia.
184	21	debida probablemente	debida á la acción altamente tóxica de la nicotina sobre el orga- nismo.
204	14	metidos	sometidos.
206	penúltima	oculares	ocular.
208	16	requiere un	requiere, en un.
251	13	incuididos	incendidos.
251	16	verdadera	verdadera.
255	15	papila	pupila.
255	16	papila	pupila.

OFTALMOLOGIA

ESTADISTICA.—OBSERVACIONES CLINICAS.

NOTAS FISIOLÓGICAS.

ESTADO DEL ÓRGANO EN LAS AFECCIONES

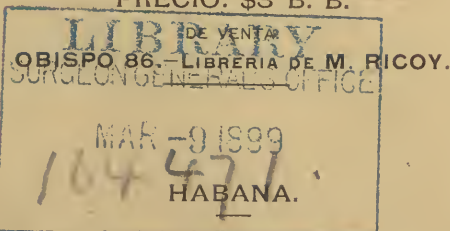
OCULARES.—TERAPÉUTICA.

POR EL

Dr. Enrique Lopez,

OCULISTA DEL HOSPITAL MERCEDES.

PRECIO: \$3 B. B.



Imp. y Papetería "La Universal," San Ignacio 15.

1890.





FEB

1954

