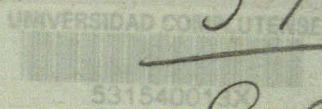


Gelpi & Juan

81-8-A-N 18.

599



Ca 2567



1882



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



531540013X



l 18671184  
i 25840654

# Plan

y  
Introducción



Formas anatómicas de la iridocoroiditis

- I Plástica
- II Serosa
- III Parenquimatosa

Formas clínicas de la iridocoroiditis

- IV Secundaria o consecutivo.
- V Primaria o espontánea.
- VI Simpática o traumática.
- VII Etiología de la iridocoroiditis en general.
- VIII Pronóstico.
- IX Tratamiento.

Conclusiones

II  
Sr.



Señores:

Entre las importantes y variadas observaciones científicas que ocupan hoy la atención de los oftalmólogos distinguidos, ninguna, tal vez, presenta un interés tan práctico, como el estudio de la miocoroiditis. Conocida esta afección, desde la antigüedad, no había podido ser estudiada, cual requiere su importancia, tanto por la falta de medios de investigación, de que hoy día estamos privados, como por carecer, en dicha época, del auxilio de conoismientos auxiliares cuyo desenvolvimiento incansante

contribuye poderosamente al adelanto y perfeccionamiento de todas las ramas del saber humano. El descubrimiento del oftalmoscopio por el ilustre fisiólogo alemán Helmholtz, en 1851, vino a producir una revolución en el mundo científico, poniéndonos de manifiesto un campo patológico hasta entonces desconocido.

Después de esta importantísima invención fue cuando progresó, de un modo rápido, el estudio de las enfermedades internas del globo del ojo haciéndonos conocer la íntima relación que estas tienen con diversas estados patológicos generales.

El microscopio, si su uso vino a amplificar los medios técnicos de investigación y las importantes modificaciones que ha sufrido, desde que sus inventores Janssen y Jansen, lo dio a conocer en 1590, han hecho de este maravilloso instrumento otro medio poderoso, en el cual se ha enriquecido la anatomía de textura creando la histología. Gracias pues al microscopio, nuestra vista puede penetrar a través de todos los tejidos dándonos razón de su

forma, tamaño, por una relación de los elementos celulares, en una palabra; del análisis anatómico de los diversos tejidos.

Finalmente la química en sus continuos adelantos, ha cooperado admirablemente al progreso científico revelándonos la composición de los elementos constitucionales de los tejidos, tanto en el orden fisiológico como en el patológico, pudiendo considerarse como el complemento de los corrobosamientos auxiliares, en cuyos medios se están enriqueciendo las ciencias médicas.

La oftalmología, así igual que las demás ramas de la Medicina, gracias a estos medios de investigación, ha hecho innumerables conquistas científicas, especialmente en las enfermedades intraoculares, las que han adquirido un vasto desarrollo después del descubrimiento del oftalmoscopio. De todas ellas, la iridocoroiditis es la que ha ocupado más seriamente la atención de los oftalmólogos, por invadir la mayor parte de las membranas

oculares; por las árdidas y aun no resultas cuestiones terapéuticas si qui da lugar; por la tendencia que manifiesta a producir sin formas simpáticas y por la gravedad de sus alteraciones cuyo resultado ulterior es, muchas veces, la pérdida parcial o total de uno o ambos globos oculares.

Antes de entrar de lleno al estudio metódico de la enfermedad, haremos observaciones que hemos creído convenientemente suspender, de un modo verbal, de la iridocoroiditis en sus formas simpáticas, particularmente respecto a su parte patogénica, por ser uno de los puntos más debatidos en nuestra época.

Diferentes son las formas fundamentales que puede revestir la iridocoroiditis. Las unas se ordenan en orden anatómico y son las siguientes: iridocoroiditis plástica, serosa y púrpura quimatoza. Las otras las dividiremos, según el orden etiológico y práctico, en tres clases distintas, a saber: iridocoroiditis secundaria o consuntiva, primaria o espontánea y simpática o traumática.

## Formas anatómicas de la iridocoroiditis

### I

La primera de estas formas, según acabamos de exponer, es la plástica. Sus síntomas característicos consisten en una intensa inyección por queratitis unida a una exigua sensibilidad del ojo, o la presión, especialmente en su parte superior. Contrasta en estos síntomas la poca participación del iris en el proceso inflamatorio, presentándose, está solo, algo decolorado y perezoso, en sus movimientos, debido, esto último, a cierto grado de hiperemia que afecta su tegido. Si examinamos el fondo del ojo, mediante el oftalmoscopio, ya que nos lo permite la insignificante turbulencia del humor acuoso y la carencia de sinquias posteriores, observaremos que la parte anterior del cuerpo vítreo se halla ligeramente

opacificada por pequeños copos densos  
nados en su superficie. Esto no explica  
las quejas de los pacientes relativas á la  
disminución de la facultad visual,  
a pesar de las insignificantes alteracio-  
nes del iris.

El examen de la cámara ante-  
rior, mediante la luz focal, nos pone  
en evidencia una regular hiperemia  
del diafragma ventral cuya superficie  
externa ha perdido, en parte, su  
bulto normal, hallándose fuerte-  
mente vascularizada. Notare tam-  
bien la presencia de equitadas vitrea-  
das, parte en el campo pupilar, par-  
te adheridas al borde libre del iris. La  
cámara anterior aparece algo mas  
profunda, efecto de haber experi-  
mentado, dicho organo, cierto gra-  
do de atracción hácia el fondo del  
ojo.

Consecuentemente a las opacida-  
des acumuladas en el segmento ante-  
rior del cuerpo vitreo, es imposible pe-  
der remover las alteraciones patológi-  
cas de las membranas profundas. Para

formular, pues, el diagnóstico de la irido-  
vorticosis plástica, habremos de limitarnos,  
tan solo a comprobar la inyección  
peri-querática, la sensación dolorosa  
á la presión, en la región ciliar, el au-  
mento de la cámara anterior, por  
último la decoloración hipofosfórica  
y vascularización del iris.

## II

La irido-ocoroiditis, en su forma  
serosa, se diferencia de la anterior por  
presentar un curso indolente. Dis-  
tingare también, porque en esta últi-  
ma la oclusión pupilar, debida á  
las masas equitadas, situadas en el  
campo de la pupila, una de á la turba-  
leza del cuerpo vitreo, no permiten  
examinar, con detenimiento, el fondo del ojo,  
al paso que en esta forma serosa, en la  
cual la pupila se halla libre de todo  
producto inflamatorio, operando esta,  
por otra parte, una regular dilatación,  
podremos explorar, sin dificultad, el  
cuerpo vitreo. Gracias á esta circunstancia  
observaremos que, este medio refringente

es el sitio de numerosas opacidades en forma de copos.

Estos depósitos opacos se manifiestan al mismo tiempo que los síntomas inflamatorios del iris, caracterizando a esta forma una turbulencia especial de la córnea, principalmente en su parte superior, en donde se vislumbra un infinidad de puntos e incipientes de configuración triangular, cuyo vértice se halla dirigido hacia arriba. Dichas opacidades puntuales no son otra cosa que verdaderos epitelios, los cuales radican en la capa interna de la córnea, llamada de membrana de Descemet, la que presenta sus elementos epiteliales disgregados. Este estado va acompañado de una fuerte tensión intra-ocular.

A medida que adelanta la afección, si los síntomas flogísticos son muy intensos, sobrevienen alteraciones de nitidez en dichos productos exudativos. En efecto, pues de acontecer que, parte de estas pequeñas opacidades emigran a la super-

ficie anterior de la capsula del cristallino, especialmente en los casos en los cuales la dilatación de la pupila es considerable. Casi exclusivamente se depositan en el fondo de la cámara anterior, desde cuyo punto se implantan, según heun dicho, en la membrana de Descemet, determinando, cuando son abundantes, la esclerosis de la córnea.

Si en estas circunstancias practicamos un detenido examen del cuerpo vítreo, podremos notar dos ordenes de alteraciones en los productos inflamatorios. Uno de ellos consiste en la transformación fibrosa de parte de dichas opacidades, resultante de la intima unión de algunos copos entre sí. La otra hallaríamos rigada por la trabaja de estos filamentos, a manera de red, consistiendo de la parte anterior del cuerpo vítreo en una enorme opacidad en forma de



velo denominada por Desmarres *iritis*  
*juvencula* 11.

Siempre que la inflamacion  
del diafragma saculo se vea acompa  
ñada de gran cantidad de produc  
tos exudativos, en la cámara anterior,  
podemos concluir que no se trata  
de una enfermedad limitada al  
iris, sino que se extiende al segmen  
to anterior de la uvea.

La inyeccion peri queratica, en  
la iridocoroiditis serosa es moderada  
aun en los casos en que los sintomas  
flogisticos sean intensos, manifestan  
do un hincharse marcada solo en el sitio  
correspondiente a la uvea resellenen  
cial, en una parte interna existen  
depósitos compactos formados por  
masas exudativas.

La iridocoroiditis serosa es  
indolente, hermentane, tan solo  
los pacientes de la perdida visual debi  
da a las opacidades situadas en los me  
dios refringentes del ojo.

El cuadro sintomático expuesto puede

cambios completamente cuando los cu  
ferencias se transforman paulatina  
mente en plasticas mixtas. En este caso  
es de notar la formacion de sinequias  
posteriores, el aumento del proceso flogis  
tico, sobre todo la inyeccion pasenque  
matosa, la sensacion dolorosa del  
ojo, a la mas ligera presion, sintomas  
que hacen variar el curso de la afeccion.

Puede acontecer, a veces, en la  
iridocoroiditis serosa una espiga  
formacion de productos exudativos, de  
modo que, nos permite examinar  
el fondo del ojo, en cuyo caso, podrá  
nos obtener que la turbulencia  
del segmento anterior del cuerpo  
vitreo es debida, en su gran parte,  
a una opacidad pulverulenta.

Esta forma de iridocoroiditis  
puede, a veces, confundirse con un  
glaucoma, y para evitar semejante  
error bastara fijarnos en los  
depósitos opacos característicos  
situados en la membrana de  
Desemet.

III

Vamos a tratar, ahora, de la iritis, coroiditis en su última forma angélica o sea la parangui mata en sus dos variedades de supura tiva y gomosa.

En la supurativa el proceso morbo se manifiesta en notable intensidad, siendo sorprendente la rápida aparición y desaparición de un considerable hipopion. El cuerpo ciliar se halla infiltrado de glóbulos purulentos los cuales emigran a la cámara anterior, para desaparecer mas tarde. A pesar de esta enorme producción de pus, los síntomas flogísticos son poco pronunciados, distinguiéndose

apenas la inyección periquevática y la turbulencia del humor acuoso. Suele observarse esta forma, en los casos en que existen desgarros del cuerpo ciliar consecutivos a la penetración de un cuerpo extraño en el interior del ojo, como también, es consecuencia de una laceración del cristalino. A medida que la enfermedad adelanta acompaña, a los síntomas descritos, una fuerte hiperemia y descoloración del iris; una enorme infiltración serosa de la conjuntiva (quemosis) que, propagándose a los párpados, determina un estado edematoso de los mismos. Tales fenómenos morbosos son mas que suficientes para hacernos ver que no se trata, en este caso, de una simple iritis sino que el proceso flogístico se extiende hacia el segmento posterior de la úvea, como lo demuestra, la flogosis intensa,

el hipopíng las apandadas en la parte anterior del cuerpo vítreo. En este caso es de temer la repleción de la panostalmite y emigra de perforación del bulbo ocular. Por otra parte no hemos de olvidar que la esclerótica puede recibir de varios abscesos consecutivamente o la infiltración purulenta en que se halla.

La otra variedad de la úlcera coroiditis parenguiomatosa es la que forma un neoplasma, implantado, ora en el iris, ora en el cuerpo ciliar, desde cuyo punto puede entenderse a la coroides. H. Schmidt (1) cita un caso en el cual el tumor del iris atravesó la esclerótica saliendo al exterior, lo que demuestra que las partes profundas del ojo no se observan mas que en los casos en los

(1) Berliner Klinische Wochenschrift 1872. No 23.

cuales la afección se desarrolla en el cuerpo úlar. Diferentes veces hemos tenido ocasión de comprobar que el tumor se encuentra del neoplasma, dirigiéndose hacia la cámara anterior. En estos casos el desarrollo del tumor tiene lugar en el iris, cuyo tegido periférico supone una fuerte tracción hacia adelante. Hemos de manifestar en este caso, que, en la generalidad de casos, el neoplasma toma origen en el cuerpo úlar, afectando, de un modo indirecto al iris.

Por mas que aun algo se discute las observaciones referentes a esta clase de tumores del cuerpo úlar, sin embargo, suficientes para poder establecer una gran identidad entre esta afección y la úlcera gonorréica. La intensidad de los síntomas flogísticos puede ocasionar la perforación del ojo a pesar de un tratamiento bien dirigido, terminando, casi siempre, en la atrófia de la parte de las membranas internas, y hasta de la esclerótica, correspondien-

te al sitio en donde se halla implantado el tumor gonorróico. No obstante de dichas alteraciones de las membranas, el iris tiene escasa participación en el proceso morboso, hallándose solamente afectado de un simple grado de atrofia. Los resultados, consecutivos a estos procesos gonorróicos del cuerpo ciliar, han sido comprobados por diferentes prácticos, entre ellos, por Fehender, (1) Arlt, (2) Mackenzie (3) &c.

En los casos que hemos tenido vez sin de obtener, referentes a tumores gonorróicos del iris, hemos visto que su desarrollo se verificaba en asombrosa rapidez, en términos que, en alguno de ellos, el neoplasma adquirió, en el espacio de cinco días, el volumen de una lenteja, ocupando la mayor

(1) Handbuch der gesammten Augenheilkunde p. 253.

(2) Die Krankheiten des Auges. t. II. p. 67

(3) Practical Treatise of the diseases of the Eye 1834 p. 544.

parte de la cámara anterior. Su desaparición, efectiva también, de un modo rápido, entre la cuarta y quinta semana. Los síntomas inflamatorios del iris y procesos ciliares presentaban los caracteres de las inflamaciones plásticas, sin otra particularidad, más, que una densa opacidad del cuerpo vítreo unido a algunos depósitos exudativos adheridos al borde libre del iris.

Por lo expuesto comprendere que el diagnóstico de la iridoverrugosa gonorróica no ofrece grandes dificultades. Menos verdaderas todavía, en los casos en los cuales esta producción patológica específica sea múltiple, mayormente si va acompañada de alguna prominencia vascularizada y circunscrita en la esclerótica, propia al limbo de la córnea. Cuando la neoplasia se halla implantada en el cuerpo ciliar, va acompañada de una densa opacidad en el humor

whiteo.

Con esto damos por terminada la exposición de los principales síntomas que caracterizan las diferentes clases anatómicas de la iridocoroiditis. Entremos, ahora, en el estudio clínico de la afección.

## Formas clínicas de la iridocoroiditis

### IV

Segun hemos expuesto, más arriba, las dividiremos en secundaria ó consecutiva, primaria ó espontánea y simpática ó traumática.

Vamos a tratar, en este capítulo lo de la iridocoroiditis secundaria. Esta variedad la observamos en los casos de

desgarros del iris con participación del cuerpo ciliar, consecutivos a la adhesión total del borde pupilar con la coroides anterior (siempre anular). Resulta de aquí que la serosidad y masas exudativas que van acumulándose entre el iris y el cristalino, determinan, por sí sólo, la distensión de aquella membrana, propulsándola hacia la cámara anterior. Aliger un momento en que el iris, no pudiendo resistir esta considerable distensión, experimenta diferentes desgarros. En tal instante en que esta es más fuerte, notase un enorme desequilibrio en los humores del ojo. Para conmemorar de ello bastará practicar con la palpa, en el bulbo, la cual nos podrá manifestar una sorprendente flaccidez del segmento anterior del globo ocular que contrasta notablemente, en la sustancia que opone al polo posterior. Dicho relajamiento de la parte anterior del ojo, puede

nos ademas comprobado practicando la paracentesis de la cámara anterior, en cuyo caso veremos salir gota a gota, al fin un acervo. La compresion en que se hallan los tejidos del fondo del ojo, determina la escavacion progresiva de la papila del nervio optico junto con la atropia de las membranas internas.

Parisinos pues no es dable decirnos, en exactitud, los fenómenos que sobrevienen en la parte anterior de la coroides, debido a que, en la generalidad de estos casos, la pupila se halla obstruida por masas exudativas que dan lugar a la oclusion de la misma. Cuando esto se ve un poco lentamente, después de un examen microscopico nos permitira reconocer la presencia de abundantes productos inflamatorios acumulados en el cuerpo ciliar los cuales, comprimiendo los vasos del iris, de la region peri-escleral, dan origen a alteraciones nutritivas en dichos tejidos. Este obstaculo exudativo produce ademas, un gran engorgamiento de las venas situadas al rededor de la cornea. Cuando el proceso inflamatorio

toma un caracter intenso, ocasiona un ligero hipopim que no tarda en desaparecer para formarse nuevamente, fenomeno por el cual venimos en conocimiento de que este deposito, de la cámara anterior, se halla compuesto de globulos purulentos que provienen del iris.

En este periodo, toda presion en la region ciliar ocasiona a veces dos dolores. Esto puede tambien manifestarse espontaneamente a intervalos, en especial a cada acceso inflamatorio. Fácil sera darse cuenta de este hecho, con solo considerar que, siendo esta region muy rica en nervios, la retraccion de las masas exudativas, no menos que las neoformaciones patológicas, determinan la compresion y atropia respectivas de otros fileres nerviosos sensitivos. Consecutivamente a los productos inflamatorios aglomerados en los medios refringentes del ojo, hallare atestado profundamente el funcionalismo del mismo, en

terminos que, los pacientes pueden reconocer apenas el foco luminoso de una lámpara, a la distancia de 15 a 20'. Además, notore una disminución perfecta del campo visual.

## V

Distingare la segunda forma clínica, o sea la iridocoroiditis primaria, de la precedente en que, esento, el proceso flogístico se desarrolla, en preferencia, en el iris y proceso ciliar, mientras que en la forma primaria la enfermedad invade a in vadir las partes profundas del ojo, dando lugar a perturbaciones nutritivas de los tejidos con integridad relativa del tejido propio del iris.

Los síntomas intravoculares propios de la iridocoroiditis primaria, consisten en la formación de derrames serosos, ó sanguinos, en el cuerpo vítreo que originan

a neas, el deprimimiento parcial de la retina y la formación de opacidades y filamentosas que flotan por los elementos disgregados de dichos humores. Estos filamentos aparecen se reunen, gracias a su densidad relativa, en la parte inferior del ojo, cuando éste se halla en estado de reposo absoluto, mas se dirigen en todas direcciones por un movimiento brusco del mismo. Estos cambios de sitio de las opacidades lleva consigo fenómenos sensibles respecto al funcionamiento del órgano. Así es que cuando se reunen en el fondo de éste, la facultad visual es bastante perfecta, al paso que disminuye considerablemente desde el momento que por la acción entropéica resultante del movimiento del globo ocular, van a discernirse por los elementos del cuerpo vítreo. Algunas de estas opacidades se entazan entre sí formando pequeñas matas a manera de velo que

de complicarse este estado en la forma  
 o de un catarata polar anterior  
 o posterior sin que pare ello ne-  
 cesario la oclusión de la pupila.

Las nevidas propias de esta  
 forma clínica pueden, no obstante,  
 alterarse ó ser por la formación de algún  
 derrame en sus tegidos, en cuyo caso  
 presenta este pequeñas placas oscu-  
 ras formadas por manchas pigmenta-  
 rias que nos indican la gran re-  
 siliencia en que se hallan los  
 elementos anatómicos de la úvea.

## VI

Hemos llegado, por fin, al estu-  
 dio de la variedad más notable que  
 presenta la iridocoroiditis ó sea la  
traumática ó simpática. Su gran  
 importancia clínica, su interés é  
 importante cuadro sintomático, sobre  
 todo, las múltiples cuestiones científicas

que está dando lugar, en nuestros tem-  
 pos, el estado patogénico de la misma,  
 nos obligarán á tratar detalladamen-  
 te de su estudio.

Desde que los autores antiguos,  
 entre ellos, Boer, Demours, Ammon, algu-  
 otro, dieron á conocer que una herida  
 en uno de los ojos en penetrar en él  
 un cuerpo extraño en su interior, po-  
 día determinar accidentes simpáticos  
 al originarse en el mundo lo estático  
 los dirigieron su atención hacia este  
 proceso morboso. El interés que nues-  
 tra ha despertado este estudio, ha creci-  
 do hasta tal punto de ser aun hoy día  
 el palenque de interesantes, cuan no-  
 tables cuestiones científicas. Entre las  
 observaciones de la antigüedad sin  
 duda aportó tanto empujamiento como  
 Maclenzig el cual, en la segunda edición  
 de su obra sobre las enfermedades de los ojos,  
 publicada en 1844, describió este estado mor-  
 boso bajo el título de "iritis simpática refleja"  
 reuniendo, en una sola doctrina, todas  
 las observaciones publicadas hasta aquella época



Diez años pasaron sin experimentos, dido estudio, ni un adelanto hasta que Richard, en 1854, publicó varias observaciones que había recogido, viniendo a él dadas idénticas conclusiones a las sentadas por Mackenzie.

Los verdaderos progresos científicos sobre la oftalmia simpática datan solo de estos últimos tiempos, habiendo contribuido poderosamente a esclarecer tan transcendental estudio, los célebres trabajos de Brondeau, Pagus, Lecher, Mooren, Gräfe, etc. etc. los cuales sentaron que la oftalmia simpática se presentaba bajo la forma de una iridocoroiditis plástica, con tendencia a la parenguimatoso, raras veces participaba de una forma mixta, etc.

La iridocoroiditis simpática no puede confundirse con la coroiditis plástica simple, por afeer a aquella caracteres bien determinados. La forma simpática muestra una marcada tendencia a invadir la superficie interna del iris, así como también, lo profero ciliáres en

cuyas partes se depositan abundantes masas formadas por capas epudativas sobrepuertos unido a una neoformación vascular que establece, en pocos días, sólidas adherencias entre el iris, cuerpo ciliar y instalados anteriores, cuyo resultado final es la oclusión de la pupila y la formación de una neomembrana total del iris. Al privarse el diafragma ocular por su borde libre, su tegido es empujado, por numerosos epudados, hacia la cámara anterior, presentando entruces un abultamiento en forma de embudo. El iris se atraído por el iris se luxa, impulsándose hacia la cámara posterior. Esta presenta, por lo mismo, una espiga profunda de la cornea que, en este periodo, es transparente.

Desde el momento que empieza la retracción de las masas epudativas, forma un entruces de garros en el iris acompañados, a veces, de otra variación sanguínea en su tegido que, por otra parte, se halla muy vascularizado. El estado tenso del ojo afeer una

chas variaciones durante el curso de la enfermedad. Mientras en un principio se halla sensiblemente aumentado, en cambio disminuye, rápidamente, en el periodo de retracción, para volverse a presentar máster de bien que en menor intensidad llegando, en fin, un periodo en el cual la tensión es menor que en el estado normal.

Estos profundos desórdenes de que es hito la región cilíaca no pueden menos que llevar, en parte si, notables complicaciones, sobre todo, en las partes profundas del ojo, efecto de las perturbaciones nutritivas de los tejidos debido a la obstrucción de los vasos sanguíneos. Esta es la causa que unifica la formación de depósitos calcáreos en el cristalino, lo mismo que la disgregación de los elementos del humor vítreo, y por último la atrofia de las membranas profundas con la consiguiente reducción del globo del ojo.

En ciertos casos, particularmente tratados

de individuos jóvenes, los síntomas inflamatorios se acallan, terminado el periodo de retracción presentándose un grado, más o menos grande, de tisis ocular, en el segmento anterior del órgano, acompañado de una sorprendente reducción de los diámetros de la córnea. A pesar de esto y de la atrofia del iris, unida a cierta disminución periférica del campo visual, pueden los pacientes ejercer la visión hasta el punto de orientarse. En efecto, en este caso, como se comprende, se han sobrevivido, en gran parte, las masas exudativas del campo de la pupila lo mismo que las opacidades del cuerpo vítreo. El examen oftalmoscópico permite, en ciertos casos, reconocer el fondo del ojo, viéndose que la inflamación de las membranas profundas ha invadido, en parte, el segmento posterior del órgano, cuyas alteraciones patológicas de la coroides, retina, y nervio óptico tienen gran analogía con las formas de coreo y neuro-retinitis regnivas.

En aquellos casos excepcionales en que

La iridocoroiditis simpática revierte la forma serosa, apenas se distingue de la iclitis de igual naturaleza. Su curso es el espanto de todo peligro a menos que se genere paulatinamente, en una forma mixta.

Vamos a entrar, ahora, en la parte mas interesante de la oftalmia simpática o sea la patogenia, en cuyo estudio procurase en todo lo mas entendido posible.

Bien que algunos observadores como hemos dicho antes, habian comprobado primero que Mackenzie que, la distrofia traumática de uno de los ojos espone a la pérdida de su congénere por vía simpática, sin embargo si este solo le pertenece la gloria de haber reunido todas las observaciones publicadas en su época para establecer una teoría definitiva. Aunque los estudios sobre las alteraciones simpáticas verificadas por el oculista de Glasgow, fueron incompletas, como es fácil comprender, no obstante fue tan extraordinaria su influencia que, todos los oftalmólogos que fijaban la atención

sobre dicho estado morboso se adherían al momento, al criterio sentado por dicho observador. Al llegar a ser su celebridad que se discutaban tantas e importantes observaciones se publicaban erubatiéndose su doctrina. No obstante jamás fueron justificados las conclusiones de Mackenzie, segun las cuales resultaba que, las alteraciones de una a otra retina se verificaban a través del nervio óptico en participacion del quiasma, como tampoco lo fueron las teorías que intentaban su modo de pensar.

Pasaron muchos años sin que las cosas cambiasen de aspecto hasta que, en nuestros tiempos, Mooren ha dado a conocer la posibilidad de que las alteraciones simpáticas de la visión, en sus entornos a un estado patológico momentáneo del nervio óptico, pueden dar lugar a una participacion de este nervio en el proceso simpático. Esta opinión y puesta de un modo hipotético fue combatida en gran insistencia.

Al sentir Mooren esta hipótesis, que puede considerarse en un primer impulso dado, en nuestra época, al estudio clínico de esta parte patológica,

Jundón se haber observado la forma  
 impropia de una neuritis óptica,  
 en un paciente al que hacia algunos  
 tiempos le habia empujado un ojo  
 afectado de un desgarro en el nervio,  
 con el fin de evitar el desarrollo de la  
 oftalmia simpática. En el momento  
 de retirar, este operador, la sección  
 del extremo terminal del nervio óptico,  
 mediante las tijeras de Cooper, tuvo  
 la fatalidad de que se le separasen las  
 ramas del instrumento que, conduci-  
 endo a dicho nervio fueron causa  
 de la formación de una neuritis, de  
 curso crónico, en el ojo hasta entones  
 sano. Este desagradable resultado fué,  
 brevemente, interpretado por este dis-  
 tinguido oftalmólogo alemán, quien  
 combatido, con los medios terapéuticos  
 apropiados, dicho proceso patológico  
 el cual terminó en la atrofia par-  
 cial del referido nervio. La facultad  
 visual se conservó en parte, en gran par-  
 te, tanto que el paciente podía distin-  
 guir el número 12 de las escalas tipográficas

de Jäger. Este caso, por sí solo, da una  
 idea clara y precisa de la patogenia  
 de las alteraciones simpáticas, demus-  
 trando evidentemente que el nervio  
 óptico desempeña el papel de conduc-  
 tor, transmitiendo al origen de la  
 excitación inflamatoria a través  
 de sus hacedillos nerviosos. Semijan-  
 te excitación puede ser activada por  
 un modificación en cualquiera  
 de estos cursos, el estado sindrómico  
 de la afección simpática

Numerosas son hoy las obser-  
 vaciones clínicas de esta índole pu-  
 blicadas por diversos autores, aun  
 citando, de un modo inexacto, la  
 opinión espuesta, en otro tiempo,  
 por Mooren. Sin pretender hacer  
 historia sobre estas diversas obser-  
 vaciones, no limitaremos, tan solo,  
 si menciono algunos casos muy  
 importantes, tales como: la hiperesté-  
 sia simpática de la retina observada  
 por Heberdey, las formas simpáticas  
 de ambliopía de dicha membrana  
 con disminución del campo visual, de

critos por Moorey y mas tarde por Brücke.

Fuerza es no obstante exponer algunos casos clinicos, que demuestran todavía en mas claridad la verdad de dicha hipótesis. Uno de estos fué publicado por Colman, en 1871, en el «Berliner Klinische Wochenschrift» Tratándose de un sujeto que en 1871 recibió una herida en la región cornea, interior de uno de los ojos que dio lugar a su emulsiación, sin que hasta entonces presentase el resto de la menor sintoma de irritación simpática. Visto este resultado, en apariencia satisfactorio, el paciente abandonó la clinica por consejo de dicho práctico, mas al cabo de dos meses, volvió a presentarse en la misma, quejándose de la presencia de sensaciones luminosas subjetivas. Conviene decir que la agudeza visual no habia sufrido la menor alteración, dijo al paciente que podia marchar sin temer alguno, como en lo ordinario. No bien hubo transcurrido medio año cuando volvió a ser

al enfermo, de cuyo examen resultó comprobada la disminución de la facultad visual consecuencia al desarrollo de una neuritis óptica complicada con cierta turbulencia de la retina, que consideró como una neuritis simpática inmigrante.

Muchos y muy interesantes son los casos clinicos que podriamos añadir a los ya citados, en los cuales se manifiesta el modo como suelen desarrollarse las alteraciones simpáticas del órgano de la visión. Brücke, Hirschberg, Williams y otros muchos han contribuido, con sus notables trabajos, a esclarecer esta importante cuestión comprobando, mediante el examen anatómico-patológico, la participación del nervio óptico en este proceso fisiológico.

Terminaremos esta narración de observaciones clinicas con la siguiente reseña de un caso que tuvimos ocasion de examinar, al completar nuestros estudios oftalmológicos en la clinica del Dr. Schaefer, de Berlin. En Setiembre de 1875, presentose a la consulta del citado

profesor, un joven estudiante llamado Becker, afeitando una herida ventral en la parte media del segmento anterior del ojo derecho interesando la córnea, esclerótica, iris y la superficie anterior del cristalino, herida resultante de la explosión de una botella que contenía cierta cantidad de pólvora. El paciente manifestó que el accidente databa de algunos días, cuando podía presenciar por el grado de degeneración en que se hallaban los tejidos de dicho ojo. Creíndose del Dr. Moore, que el congener se presentaba los primeros síntomas simpáticos, determinó practicar, inmediatamente, la enucleación del ojo herido, como así se efectuó. Pocos días después se notó en el ojo restante, el desarrollo de una neuro-retinitis que se complicó, más tarde, de iridocoroiditis de forma plástica. Gracias a los esfuerzos de nuestro reputado maestro, logré acallar el estado agudo de la enfermedad que fué cediendo, poco a poco, hasta entrar en el período de regresión. Al cabo de dos

meses abandonó el paciente la clínica con una disminución considerable de la facultad visual, pues solo podía contar los dedos a la distancia de 100 ft. sin esperanzas de que se modificaran favorablemente las lesiones del nervio óptico y membranas internas. Se iridectomía practicada algunos meses después no aumentó en lo más mínimo el funcionalismo del ojo.

Todos estos hechos vienen en apoyo de la participación activa o pasiva, del nervio óptico en el proceso simpático. Justificando además las importantes interrelaciones sobre la oftalmía simpática verificadas por el Dr. Este observador comprobó, en un total de 110 ojos que, 83 1/2 por ciento fueron dañados por causas traumáticas y solo 16 1/2 por inflamaciones consecutivas a estados patológicos. Los casos en los cuales se observaron complicaciones por parte del iris, coroides y cuerpo ciliar están representados en la proporción de 60, 73, 76 1/2 por ciento, mientras que las complicaciones

por parte del nervio óptico y de la retina se elevaron a la enorme cifra de 79%.

La propagación de la oftalmía ha de atribuirse a la intensidad irritativa de la inflamación. Esta regla es igualmente válida tanto para los nervios motores como para los sensitivos y en este concepto debe comprenderse al nervio óptico. La simple localización de un proceso flogístico en el extremo terminal de este nervio seccionado, es capaz de propagarse a lo largo del mismo, ya no por la inflamación resultante de manipulaciones operatorias que, como Colman sospechaba, pueden depositar en la herida sustancias sépticas o pútridas.

La compresión del extremo seccionado del nervio óptico, cuando éste se halla inflamado, da lugar a una sensación dolorosa especial, debido a la participación, en este proceso, de los nervios ciliares que le circundan. En otras circunstancias notaremos que el extremo de dicho nervio es apenas sensible a la presión digital, al punto que reanuda

de un modo intenso por este medio, las diversas ditataciones nerviosas de las ramas del trigémino de la región orbitaria, como también lo verifican bajo la influencia de la presión ejercida por el cinto de un ojo artificial. Así es que se han observado casos en cuales la irritación simpática se podía producir a voluntad. Zaguer es neurario en consignar que lo característico en estas formas sensoriales es la persistencia de los dolores; punto importante, según Rothmager, toda vez que lo considera patognomónico para diferenciar la neuritis de la neuralgia. Con esto dejamos sentado que la neuritis ciliar puede propagarse de un modo central. Para comprender semejante propagación, hemos de interpretar el concepto de este observador, según el cual, en cada neuritis puede advertirse un período en que cesan todos los dolores, a la presión, teniendo esto lugar cuando se desarrolla una degeneración total de los haces nerviosos.

Sin embargo de lo dicho, no se em-  
 cite como, en ciertos casos, vemos alen-  
 género amenazado de síntomas sim-  
 páticos como cuando el ojo herido de  
 toda manifestación dolorosa tanto  
 objetiva como subjetiva. Esta obser-  
 vación publicada por Herrn. Cohn  
 en mi trabajo sobre cirugía mi-  
 litar hace que fijar nuestra atención  
 sobre la posibilidad de otras nue-  
 vas génesis simpáticas. Mooren  
 que, en un principio, se mostraba  
 algo erúptico tocante a esta doctri-  
 na, hubo de admitirla después,  
 por haber tenido ocasión de obser-  
 var un caso que demostraba  
 hasta la evidencia, que puede  
 manifestarse la irritación sim-  
 pática a pesar de la falta de sen-  
 saciones dolorosas en el ojo primiti-  
 vamente afectado. Tratábase de un  
 joven que recibió una puñalada  
 en la región esclero-corneal de uno  
 de los ojos, dando lugar a una in-  
 tensa iridocoroiditis que produjo  
 la pérdida del mismo. Entre los sín-

tomos propios de la afeción, sobresalían  
 por su gran intensidad, cierta aversión  
 a la luz y una intensa epifora, no habien-  
 do presentado neuralgia alguna ni in-  
 flamación espontánea, ya provocada. En vista  
 de esta carencia de síntomas dolorosos,  
 Mooren creyó racional aplazar la emulsi-  
 ón, pero bien pronto hubo de convenirse  
 de cuán equivocado estaba, al ver que  
 el segundo ojo se había afectado de af-  
 talmia simpática. Herido el órgano  
 herido como el afectado de irritación  
 simpática guardaron, en pocos tiempos  
 aneurísticos (atañando también, en este  
 último, la sensación dolorosa a la pre-  
 sión).

Bien que este caso, al igual de los  
 publicados por Cohn, parece indicarnos una  
 nueva génesis simpática sin embargo,  
 hasta ahora, no está fundada esta hipó-  
 tesis en ningún hecho anatómico-patológico.  
 La doctrina de Nothnagel, según la cual



se vuelven insensibles los nervios destruidos por un proceso inflamatorio no tiene aplicación en estos casos. Lo que con toda probabilidad parece acintese, es que el cuerpo causante de la herida impregnado, tal vez, de alguna sustancia pútrida ocasiona indirectamente alguna enfermedad vascular cuya posibilidad fue señalada, hace tiempo, por Berlin, mas tarde por Deber. Sobre este punto volveremos a ocuparnos mas adelante, por ser indispensable ahora entrar en otra clase de observaciones.

Si nos fijamos en las formas graves de oftalmia simpática notaremos cierta predilección de la enfermedad a invadir las partes situadas en la línea contribuyendo, tal vez, esta circunstancia a esclarecer la genesis simpática, pues

obreviamos en este proceso la interacción de los nervios ciliares en mas frecuencia que en otras alteraciones patológicas. Los nervios, al igual de todos los demas, tienen silamente la representación de un cuerpo interno del cual posee la propiedad de transmitir toda excitación al origen. Para ello no es necesario la continuidad de un cordón nervioso determinado, como así tampoco acintese en respecto a ambos nervios ópticos repetidos, sino que basta, para este objeto, que un cordón nervioso se halle en un estado de excitación suficiente para determinar inmediatamente una manifestación de actividad especifica a otro nervio de diferente energia. Como prueba de lo dicho incumbe citar aqui el celebre caso observado por Hf. Graefe en el cual se trataba de un ojo herido que conservando

intacta su agudeza visual tubo, no obstante, de ser enucleado para privar al paciente de los irreversibles tormentos que le ocasionaba la fotorrea simpática. Resulto del examen del ojo enucleado que un fragmento de capucha de fulminante, se había alojado en la parte interna del cuerpo ciliar, sin ocasionar desorden alguno en la úvea, por lo cual tubo de atribuirse al nervio óptico, la causa de la irritación simpática. Debemos deducir, de lo expuesto, que no existe ninguna relación entre las alteraciones del ojo herido y las perturbaciones simpáticas del conyugue en el sentido de que éstas no son iguales ni parecidas a las de aquel. Si vemos que mientras el ojo herido está afectado de ciclitis, el compañero puede presentar una neuritis simpática, lo mismo que una

neuritis ciliar de un lado puede dar lugar a una ciclitis plástica del otro respectivo. Las alteraciones simpáticas pueden ser estas, en un principio, cualquier cambio imaginario sin que el ojo que las determina tenga influencia alguna en la forma de las mismas.

Como complemento de lo expuesto, haremos mención del resultado obtenido por Holt, sobre la aftabruia simpática. Esta está basado en Hoarson a cual mas notable en lo que el carácter del proceso inflamatorio del ojo herido, jamas tubo influencia en la forma de la aftabruia simpática. A pesar de estos hechos, hoy aceptados como regla general, hemos de hacer una excepción respecto al glaucoma en el cual la operación puede ocasionar inmediatamente, al conyugue, una defeción

identicia a la del ojo operado. Permitáseme  
 hacer una observación sobre este  
 punto. No debe considerarse, en nuestro  
 caso, como efecto de simpatía la en-  
 fermedad del glaucoma que puede  
 desarrollarse en el segundo ojo, poco  
 después de haber sido operado el prime-  
 ro, sino que deberíamos suponer que, existien-  
 do antes de la operación cierta disposición  
 a esta forma patológica, el aumento  
 de irritación que ha experimentado  
 el ojo operado, ha despertado a su vez  
 primero los síntomas agudos del glau-  
 coma. Nuestra opinión está basada  
 en el criterio que sobre este punto emitió  
 Mooren en una publicación titulada  
 "Ueber sympathische Gesichtstörungen"  
 la cual fue contestada por algunos oculis-  
 tólogos, los cuales manifestaron haber  
 observado el desarrollo del glaucoma en  
 ojos cuyos enfermos no habían sido

operado. Si quisieres negar la causalidad  
 de este hecho, nos emeritásemos a suponer  
 simplemente, que esto no demuestra  
 el carácter simpático de la enferme-  
 dad del segundo ojo que, por otra par-  
 te, podría depender de la intensidad  
 del proceso inflamatorio del primero,  
 lo mismo que hubiera podido suce-  
 der después de la iridectomía. Para no  
 ratos dista mucho el glaucoma  
 de revertir el carácter simpático, pun-  
 to que, a parte de determinar en el segun-  
 do ojo un cuadro sintomático idéntico  
 al del primero (lo que no sucede por lo  
 general en la oftalmía simpática)  
 vemos además que la inflamación de  
 aquel principia al mismo instante  
 de haber sido este operado, por existir cierta  
 predisposición a la enfermedad.

Las observaciones demuestran que  
 la exquisita sensibilidad del cuerpo ciliar  
 a la presión, es propia de un estado me-

ritico de los nervios, siendo la causa determinante de la oftalmia simpática. Esta regla general, de la cual no hemos ocupado mas arriba, no explica el porqué puede desarrollarse este estado patológico simpático, aun despues de haber sido curado uno de los ojos, siempre y cuando empujemos, mediante la presión del fondo de la órbita del ojo en curado, la existencia de una neuritis ciliar o bien la inflamación del extremo terminal del nervio óptico. Atribuiremos, en estos casos, de una neuritis ciliar central y progresiva. Segun Mooren, la propagación de este estado patológico no se verifica ni supre de ojo a ojo, sino que puede seguir un trayecto cerebral, dando lugar a una perturbación simpática del sistema nervioso central. En cinco casos de esta naturaleza, observados por dicho

autor, el punto de partida de los síntomas mas infernales se notó en el extremo terminal del nervio óptico secundario. Prejicitaban los pacientes, o mas de los agudos dolores, o la presencia de síntomas cerebrales tales como: pesadez de cabeza, cefalalgia, vértigo etc. El examen del ojo sentante, mostraba un estado hiperémico de la retina unida a una fotofobia intensa, a una disminución notable de la visión, a cierta reducción del campo de la misma, o obstante de presentarse estas perturbaciones oculares, solo se lamentaban los pacientes de los trastornos cerebrales que afectaban, tal debia ser su preponderancia. En uno de este cuadro sindrómico observó Mooren, en tres de dichos enfermos, un gran abatimiento, tanto físico como moral, acompañado de palpitaciones de corazón y de cierto grado

de hiperestesia en el brazo izquierdo,  
debida probablemente a una neuro-  
sis del gran simpático. Pero más que  
sea incompleto este cuadro nosolo-  
gico, sin embargo es suficiente para  
darnos una idea bastante clara,  
sobre el modo de propagación de la  
neuritis a través de los centros nerviosos.  
De todo esto caso solo en uno pudo  
obtenerse una curación completa,  
ya reparo al estado general como lo  
ocurre a las atrofias oculares. En  
los restantes el tratamiento no modi-  
ficó en lo mas mínimo el estado  
patológico, si exceptuamos de uno, en que  
se comprobó un aumento del campo  
visual.

En vista de estos importantes resulta-  
dos debemos convenir que se trata aqui  
de atrofias de los nervios vaso-mo-  
tores, quedando en esto demostrado lo

atenuación del gran simpático en la pro-  
ducción de la oftalmia simpática.

Los hechos mencionados prueban  
ademas que el desarrollo de esta enfer-  
medad puede ser ocasionado por  
cualquier nervio que tenga una par-  
ticipación anatómica en el funcionamiento  
de la visión.

Mauthner fue el primero que demostro,  
en gran parte, la incorrectitud de la  
pregunta formulada por algunos  
oftalmólogos basada sobre si la of-  
talmia simpática se propagaba a  
traves del nervio óptico o de los nervios  
ciliares, toda vez que es innegable,  
que cada uno de estos nervios puede  
producir por si solo, dicha propagación.  
Con esto llevamos la cuestión al terreno  
práctico de la patología general. Para  
resolver este problema era indispen-  
sable precisar las condiciones bajo las

cuales podría establecerse un nudo  
sobre la irritación nerviosa.

Por las observaciones sobre metatopía  
verificadas por Rumpff en 1879,  
quedó demostrado que la sensibilidad  
de la piel es debida al estado hiperémico  
y anémico de los vasos de la misma,  
de modo que, la hiperemia corresponde  
dentro de una mitad del cuerpo  
coincide constantemente con la ane-  
mia de la otra mitad respectivamente  
versa. Estas oscilaciones circulatorias pue-  
den volver a un estado normal gracias  
a un cambio constante, cada vez menor,  
entre la hiperemia y la anemia. Esto  
hecho comprobado repetidas veces en  
experimentos verificados en anima-  
les, demuestran la posibilidad de  
producir inflamaciones oculares sim-  
páticas mediante la influencia del  
sistema vascular. El resultado de estas  
observaciones fue publicado por Rumpff en

1880 en la Centralblatt für die medicin-  
sche Wissenschaft, bajo el título de "Ueber  
Gefäßreflexe am Auge. He aquí en  
breves palabras los resultados obtenidos.  
Si después de haber separado la córnea  
de un conejo, se irradia el iris con espe-  
cía de mortaja observaremos que, mien-  
tras el ojo en que se ha depositado la  
sustancia irritante va inyectándose  
de una manera creciente, notose,  
en el conjuntivo, una mancha por-  
tidaz efecto del estado anémico que  
experimenta. Esta anemia, al cabo de  
algun tiempo, es substituida por  
una fuerte inyección de los vasos  
sanguíneos. Si poco después se re-  
pite el experimento, en las mismas  
condiciones, veremos que la inyección  
peri-querática del ojo lesionado, com-  
ienza por espacio de algunos minutos,  
volviendo luego a un estado normal

después de varias alternativas, obtenían  
 dose entonces, que la hiperemia que  
 se había declarado al segundo ojo,  
 disminuía de una manera  
 notable, siendo acompañado esto  
 frecuentemente de oscilaciones idénticas  
 a las anteriormente dadas, distin-  
 guiéndose en peso estas, por su ma-  
 yor duración. La pupila del ojo des-  
 provisto de córnea, presenta un diá-  
 metro reducido, unido a un cam-  
 bio notable en la coloración del  
 iris en cuya cubierta epitelial no  
 tocare tons. muy empurrados, perdiendo  
 el color este diafragma. Se parran  
 no deterioradamente en el mismo des-  
 truido, veremos un sinnúmero de pe-  
 queños vasos sanguíneos de nueva  
 formación y de forma radiada.

Verificando otros experimentos en  
 el otro observaremos, en contraposición  
 del caso anterior, que la anemia se da

clara precisamente en el ojo en el  
 cual se ha depositado dicha substan-  
 cia, al paso que en el empuer se  
 manifiesta un estado hiperémico.  
 Transcurrido un corto tiempo estas  
 modificaciones vasculares cambian  
 en sentido inverso, toda vez que el ojo  
 el cual ha sufrido la acción del etes se  
 vuelve hiperémico, mientras que el  
 empuer se convierte en anémico.  
 Acute en este caso como en el anterior,  
 las alteraciones entre la anemia y  
 la hiperemia suplen algunas altera-  
 ciones hasta recuperar ambos ojos  
 su estado normal.

Cuando utilizáramos otros medios  
 por otros más energías tales como:  
 los vapores de bencina, la galvanocauteriza-  
 ción, entonces no es posible poder apreciar  
 las modificaciones vasculares que ex-  
 pimentan el ojo no lisiado, pero he-  
 mos de sospechar su existencia por los experi-  
 mentos anteriormente descritos.

Estos fenómenos vasculares demuestran la íntima relación que existe entre los vasos sanguíneos de ambos ojos, probando, al mismo tiempo, que era verdad lo expuesto por algunos autores sobre la acción simétrica vascular de las respectivas mitades opuestas del cuerpo. Refiriéndonos al aparato visual, hemos de confesar que la unión de la visión binocular y de la acomodación, contribuyen a la igualdad funcional de un órgano respecto al otro. Estas oscilaciones vasculares pueden influir en un tiempo más o menos largo a producir la alteración de la nutrición y tamaño del segundo ojo. Las continuas alteraciones que este experimenta, determinando un círculo vicioso, pueden disiparse, en el mismo, una inflamación permisiva de curso progresivo. La causa principal de este fenómeno morboso radica en la fuerte irritación

provocada mediante las sustancias irritantes expuestas.

Todos estos resultados han sido apoyados por una serie de experimentos hechos por Sermer publicados en el *Plüger's Archiv*, tomo XXIII. Este práctico ha dado a conocer que si se cauteriza la córnea de un animal con el nitrato de plata, no solo encuentranmos fibrina y gran cantidad de albúmina, en el humor acuoso del ojo cauterizado, sino que encontramos idéntico resultado, bien que en menor escala, en el mismo humor del ojo no cauterizado. Teniendo importancia tisular, si consideramos que el humor acuoso de un ojo normal no contiene fibrina alguna y si solamente una escasa cantidad de albúmina.

Continuando en este terreno práctico, haremos observar que, toda inflamación desarrollada en una parte diametralmente opuesta



a la que se ha contagiado un nervio  
 en su origen, debe atribuirse, segun  
 ha demostrado Chom, a la acción refleja  
 de los nervios vaso-motores sobre  
 la cual hemos tratado anteriormente.  
 Solo de este modo no será fácil com-  
 prender, como puede desarrollarse una  
 afección simpática, en el segundo  
 ojo, a pesar de carecer el primitivo  
 mente afectado, de dolores a la  
 presión, siendo hoy un hecho in-  
 negable que, todo nervio cuya periferia  
 este afectada de un proceso infla-  
 matorio, puede quedar intacto, en  
 toda su longitud, observándose  
 solamente la neuritis consecutiva  
 en la distación terminal del mismo.  
 Si tenemos abstracción, por un momento,  
 de la posibilidad de que esta local-  
 ización sea anatómica, de manera

que no exista ningún punto en la  
 matriz del nervio, es evidente que,  
 en estas circunstancias, no podrán  
 producirse dolores a la presión. Para  
 comprenderlo bastará con decirlo  
 que acontece al principio de una  
 neuritis óptica binocular, consec-  
 tiva a una afección interna por  
 a una retrorreflexión del útero. En este  
 caso la transmisión del proceso flogis-  
 tico se verifica, como es sabido, a  
 expensas de los nervios sacros del  
 plexo uterino, cuyos nervios tienen  
 su centro anatómico en la región  
 lumbosacral de la médula. Semijante  
 transmisión puede efectuarse sin  
 que los cordones nerviosos presenten  
 alteración patológica alguna y sin  
 que la médula participe de la misma  
 lesión.

La localización de la inflamación  
 tiene lugar en la parte terminal del nervio

óptico, puede tener lugar á pesar de la completa integridad de todas sus partes intermedias, bastando solamente una irritación periférica, como en el caso supuesto de retroflexión del útero, para que ella comuniqué, por sí sola, la acción vascular reflejada á los extremos terminales del sistema nervioso central. Desde el momento que los síntomas inflamatorios reflejos se han localizado en una parte cualquiera de un nervio, observamos, en ésta, el desarrollo de un proceso degenerativo y mas tarde destructivo, debido á que la infiltración linfática se ha propagado á los cilindros ejes de las partes afectadas del nervio. Esta importante regla general, establecida por Ruyssch, ha sido demost-

trada particularmente por Richot en sus observaciones anatómicas y patológicas relativas al nervio óptico.

Resulta de estos sorprendentes hechos que la enfermedad final de todo inflamación simpática está basada en la misma regla por la cual se rige la propagación de todas las neuritis. La destrucción de los cilindros ejes, debida á la influencia de la infiltración serosa que acompaña á todos los estados flogísticos, es la causa determinante de dichos fenómenos. La propagación de este fermento destructor, si se nos permite la expresión, prueba con mucha razón Colman sospechaba desde mucho tiempo, la influencia séptica que podrían tener las sustancias putridas depositadas en el utrículo secundario del nervio óptico, explicándonos

al propio tiempo el por que la mas insignificante herida en un ojo, verificada en un instrumento que lleve consigo alguna de dichas sustancias, puede ocasionar una afecion simpatica. Debemos empero convenir en que es bastante raro semejante modo de propagacion, a traves de los vasos linfaticos, pero cuando acontece da lugar a inflamaciones oculares simpaticas que determinan focos degenerativos en los cordones nerviosos conexas al mismo funcionamiento de estos organos, los cuales van continuando su marcha destructiva gracias al incentivo de los nervios vaso-motores.

Convento damos por terminada el estudio patogenico de las afeciones simpaticas, entrando en la exposicion sucinta de los sintomas que caracterizan el estado prodromico de la irido coroiditis, de igual naturaleza, degen. del cual hemos creido conveniente tratar por separado.

La oftalmia simpatica se declara algunas veces repentinamente sin ir precedida del periodo prodromico de erupcion de la fotorrea, cuyo sintoma no podemos considerar, por si solo, como inherente a este estado, por declararse inmediatamente despues de haber sido herido el ojo enese. En la generalidad de los casos se sentara esta con sintomas bien marcados. La subconjuntiva es uno de los primeros, mostrando reinterese en las partes que circundan el limbo de la cornea. Casi al mismo

Tiempo que ceta, aparece cierta debili-  
 dad en la facultad acomodadora, al-  
 jandose el punto fijo de la vision  
 binocular distinta hasta la distan-  
 cia de 10 a 12", que permite, a duras  
 penas, al paciente repetir su faul-  
 tad visual por impedirse el fuerte  
 grado de hiperestesia de la retina.  
 Los movimientos del iris son  
 sumamente perezosos, casi imper-  
 ceptibles, mostrando la pupila  
 inmóvil a los mas grandes cambios  
 luminosos. La accion de este agente,  
 por moderada que sea, provoca aque-  
 dos dolores ciliares. El proceso simpá-  
 tico adalente con gran rapididz no  
 tardando de aparecer presentos el aque-  
 cimiento que se revelan las enfermedades  
 intraoculares graves que interesan la  
 region ciliar. Entre los sintomas  
 flogisticos estan caracterizados por  
 una compacta y finisima neque-  
 cion periquerática, en la cual se distin-  
 guen pequeñas estraceras o vesículas sangui-

neas casi siempre simétricas a las  
 del ojo herido. El iris completamente  
 cambia de respecto a su coloracion, ad-  
 quiere un tinte amarillo verdoso pa-  
 lido, hallandose su borde libre adhe-  
 rido a la capsula anterior del cris-  
 talino por fijas sinequias. El humor  
 acuoso se halla atesado por un  
 grado mayor o menor de turbulen-  
 cia entre los sintomas subjetivos  
 citados es: la fotofobia, dolores  
 ciliares y perdida en considerable  
 de la agudeza visual.

Variable es el tiempo en que se decla-  
 ra la oftalmia simpática. En la gran  
 mayoría de casos acontece entre la  
 quinta y septa semana. Son muchas,  
 sin embargo las excepciones de esta regla  
 general, por cuanto son bastante frecuentes los  
 casos en que la explosion de esta enferme-  
 dad tiene lugar muchos antes o despues

del tiempo fijado. Saenger-Wells cita uno en que la invasión del proceso simpático tuvo lugar a los 21 años después del accidente. Para nosotros el tiempo en que se desarrolla toda afección simpática está en relación directa con la naturaleza de los accidentes morbosos que la determinan, y en otras palabras: la frecuencia de este proceso depende principalmente del sitio donde tienen lugar las alteraciones patológicas del ojo herido, y de la naturaleza del cuerpo extraño que lo provoca. Entre las causas determinantes de la enfermedad citaremos: la permanencia de un cuerpo extraño en la región ciliar o partes circunvecinas a la misma; las contusiones o heridas en dicha región; las alteraciones que se suceden a ciertos formas de cliter durante el periodo

de retracción; las producciones oscuras o calcáreas intra-oculares, y por último la impregnación de sustancias reptiles en algún tejido del órgano. Existen además otras causas, hechas que merecen ser mencionadas, que pueden ocasionar idénticos resultados, tales como: contusiones y heridas en la esclerótica, próximas o bien inmediatas a la región ciliar, la tisis ocular dependiente de una iritis coroiditis espontánea; la irritación de la superficie externa del ojo provocada por la permanencia de un cuerpo extraño en el mismo; los tumores de la conjuntiva &c.

Las indicaciones precisas que es indispensable establecer en el tratamiento de la oftalmía simpática, nos obligan a ocuparnos, de un modo especial, sobre este punto, sin perjuicio de exponer, mas

adelante, las indicaciones terapéuticas de la iridocoroiditis en general.

En la antigüedad, el tratamiento de la oftalmia simpática era por demás limitado, si lo pes que horrible. Recurrían, en estos casos, a medicinas destructivas, tales como: la colocación de un sedal en el ojo herido; la inserción de la ciruela; contaptarnas &c., medios todos destinados a dar salida al cuerpo extraño provocando la supuración del ojo.

Como puede emprenderse el resultado obtenido con semejante tratamiento, fue fatal. El verdadero progreso sobre la terapéutica simpática no se efectuó, hasta que Pichard propuso la separación del ojo lesionado mediante la enucleación. Debemos, empero, lamentar el abuso que, en un principio, se hizo de este procedimiento, particularmente en algunos hospitales de Londres, en donde la enucleación se verificaba a la

menor sospecha de propagación simpática. Este censurable proceder hizo, en razón, reclamar a Mecker: «vielleicht (für die histologischen Studien des Auges) (manchem Nutzen gebracht haben kann) (sicherlich aber für die Bequemlichkeit und) (die moralische Stimmung der Patienten) (höchst nachtheilig gewesen ist.» Gracias a los trabajos de Graefe (1) y posteriormente los de Arlt, (2) Moore (3) y algunos otros han podido precisarse las indicaciones quirúrgicas de la enucleación, en las tres siguientes reglas:

- 1<sup>a</sup> Siempre que se noten, en el organismo, síntomas prodromicos de iritis simpática, o se manifiesten de un modo evidente.
- 2<sup>a</sup> Cuando el ojo herido ocasiona dolores continuos, habiendo perdido su facultad visual.
- 3<sup>a</sup> En los casos en que el ojo herido contenga un cuerpo extraño en su interior, sea muy doloroso si la presión que halla propenso a recidivas.

(1) Archiv für Ophthalmologie. T. III p. 144.  
 (2) Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1859. p. 10.  
 (3) Ophthalmologische Beobachtungen. Berlin 1861. p. 143.

A pesar de las citadas reglas, existen algunos casos en los cuales es muy difícil promover la inflamación del medio, por ejemplo: tratándose sobre si se ha ó no de operar un ojo apto para la visión en el cual, por otra parte, no se vislumbra siquiera la menor hendidura. Mas perplexo se hallará todavía, el práctico siempre que se trata de separar un ojo que ha provocado la inflamación del cóngiense presentando éste una agudeza visual mucho menor que la de aquel; Hará parecer, en semejantes casos, un ojo que posea una regular visión, en el fin de acallar la inflamación del cóngiense, hacia la cual son generalmente impotentes todos los medios terapéuticos imaginables? En virtud de estas y otras cuestiones que involucran la terapéutica de las afecciones simpáticas, heun de confesar que su resolución entraña problemas de los más difíciles que pueden presentarse en la práctica oftalmológica.

Muchos han sido los esfuerzos de los oftalmólogos para buscar un medio el cual garantizara las alteraciones simpáticas. La sección de los nervios ciliares del ojo herido, recordada por Graefe, fué substituida por varios de sus discípulos, pero sin resultado satisfactorio digno de mención. Por otra parte esta operación es, muchas veces, impracticable, atendido el reblandecimiento considerable en que se halla el cuerpo vítreo, en estos casos, el cual se precipita al exterior inmediatamente después de verificada la incisión de la esclerótica, la sección de dichos nervios sólo es practicable cuando el proceso flogístico de termina agudo dolor, y queda limitado á una pequeña parte de la región ciliar.

Practicar la enterotomía mediante un esclitico ó catarata de Graefe, indicando á través del sitio doloroso de la úpera de la región, haciendo con él una incisión paralela al límite de la córnea. Con el fin de evitar, en lo posible, la pérdida

del humor vítreo, se tendrá ya preparado, de antemano, un vendaje compresivo el cual se aplicará inmediatamente después de haber la sección.

Cuando Snellen (1) verificó, por vez primera, la sección de los nervios ciliares, a su salida del bulbo, fueron pocos los oftalmólogos que le imitaron. En nuestra época, empero, se emplea este medio quirúrgico para evitar el desarrollo de accidentes simpáticos.

Sin embargo, los resultados no son tan satisfactorios como se había creído en un principio; siendo ya bastante numerosos los casos publicados, en los cuales, esta operación, no ha tenido la menor influencia para impedir el proceso simpático. Practicare seccionando primero el músculo ciliar correspondiente a la región ciliar más dolorosa. Buscar entonces el nervio óptico, mediante las tijeras curvas, cerradas, procurando que la extremidad

(1) Archiv für Ophthalmologie. Tom. XIX. p. 259.

de estas, haga cierta presión sobre la esclerótica en contraposición al nervio. Algado este momento, deben hacerse pequeñas secciones hasta que la atracción del instrumento roce con el nervio óptico, quedando, de esta manera seccionados los ciliares.

Desde el instante que entalla la oftalmia simpática, incumbe practicar inmediatamente la emulsión del ojo herido, siempre que éste haya perdido la agudeza visual o presente lesiones que hagan imposible el establecimiento de la visión. Si nos hallásemos en semejante caso, sería insuficiente y altamente peligroso no emulsionar un ojo en tales condiciones por temor, como algunos suponen, de que la operación sea causa de una exacerbación de los síntomas simpáticos. Semjante opinión no está justificada. Para nosotros el ojo causante de los fenómenos simpáticos es un constante factor de excitación, aun en los casos de tisis bulbar.



dolorosa si la presión en este supuesto  
creemos de la mas alta importancia  
separar el ojo herido, siempre y cuando  
se presente en las condiciones que acaba-  
mos de exponer.

Una vez enlucido el ojo capaz de  
agregar los síntomas simpáticos innume-  
rables se requiere un tratamiento interno  
energico. En los casos recientes uno  
de los mejores medios consiste en  
el uso de las fricciones mercuriales  
que surten, muchas veces, un  
celeste efecto. En otros generales podemos  
dejar sentado, que la extirpación mer-  
curial va seguida de una notable  
reminiscencia de los síntomas flogísticos  
oculares. La acción de los mercuriales  
es indispensable sostenida y por  
del total, aunque en moderación.  
Al efecto reduciremos el número de  
picaduras diarias prescribiendo el uso  
interno de los calomelanos. Con el empleo  
de este medio veremos desaparecer

las masas exudativas del campo  
pupilar y las que cubren la super-  
ficie interna de la córnea.

Siempre que en el periodo de  
retracción notemos profunda altera-  
ción por parte del iris y procesos ciliares,  
habremos de aguardar un funesto  
resultado, limitándonos, en estos casos,  
a las inhalaciones del sulfato neutro de  
atropina, a los fomentos locales  
calientes y al uso interno del pro-  
todydro de mercurio.

En los casos en que los síntomas  
flogísticos están acalorados, ~~sentida~~ <sup>minimizada</sup> la facultad visual, efecto de  
las adherencias del iris con las masas  
exudativas, se han propuesto varios  
procedimientos operativos, entre ellos  
la iridectomía, con el fin de prevenir,  
por este medio, un aumento en el  
funcionalismo del órgano. La opinión  
de renombrados prácticos como, Critchett,  
Gräfe, Wecker, y otros, es contraria a este  
janteo tentativo, operatorias por cuanto,

mas que si mejora la vision, es men  
 si nuevos accidentes inflamatorios  
 de fatal resultado. No negaremos  
 que en rarissimos casos dicho trata-  
 miento quirurgico pueda prestar  
 alguna utilidad. Nos referimos  
 a la sagrada de tesis ocular enteramente  
 en los males ~~de~~ <sup>del</sup> ojo ha ~~considerado~~  
 Durante muchos años una regular em-  
 sistencia. Si en estas circunstancias exis-  
 te alguna percepcion luminosa man-  
 titativa, entonces podremos intentar  
 la iridectomia por el método de Colgajo  
 periferico. La reunion del iris debe  
 ser tan estensa, cuanto sea posible.  
 Si el resultado ha sido poco satisfac-  
 torio, por haberse formado nuevas  
 adherencias, entre el iris y el cristallino,  
 no tendremos mas recurso que repetir  
 la operacion pero transcurridos algunos  
 meses. Si el cristallino se halla capa-  
 cificado habra de proceder a su  
 extraccion.

## Etologia de la iridocoroiditis en general

### VII

Los órdenes de causas son en  
 la iridocoroiditis y son: traumáticas  
 y generales. Las primeras se relacionan  
 con heridas, contusiones & del globo ocular;  
 las segundas con enfermedades gene-  
 rales del organismo, entre las cuales  
 citaremos las afecciones uterinas  
 y las perturbaciones menstruales.

Los traumatismos oculares,  
 particularmente, las heridas del  
 cuerpo ciliar, son las causas que  
 con mas frecuencia determinan  
 la iridocoroiditis con reblandecimien-  
 to del humor vitreo y atropia progre-  
 siva del bulbo. La importancia de  
 los síntomas flogísticos depende de

La intension de la herida, de manera directa sobre los procesos vitales y muy especialmente de la penetracion y permanencia de ~~ellos~~ ~~en~~ ~~varios~~ cuerpos extraños en el interior del ojo. El cuerpo cilioso es, en este ultimo caso, el sitio de accidentes inflamatorios rápidos y violentos experimentados en la gran parte de una distension considerable.

La comprobacion de un cuerpo extraño en el interior del ojo es, a veces, en extremo difícil. Tratase generalmente de fragmentos metálicos, de granos de pólvora, tierra &c. En casos excepcionales pueden enquistarse, permaneciendo unidos a alguna de las membranas internas, siendo entonces inofensivos, a menos que pierda sus relaciones efecto de una sacudida brusca (salto, golpe en la cabeza), en cuyo caso puede ocasionarse la perdida del ojo.

Los cuerpos metálicos oxidables son los mas peligrosos pues, a la par que irritan mecánicamente las partes contiguas a los mismos, forman compuestos químicos perjudiciales.

Los fenómenos que acompaña a la penetracion de cuerpos extraños, en el interior del ojo, son a veces sorprendentes. Aunque la índole de este trabajo no nos permite extendernos en consideraciones sobre este punto, conviene exponer un notable caso de esta naturaleza que tuvimos ocasión de observar, al principio de nuestra práctica, el cual presentamos a la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña, en la sesion del 16 de Noviembre de 1847.

P. Cole de 25 años de edad, vino a consultarnos con el objeto de ver si le podiamos extraer una catarata que afectaba en el ojo izquierdo. Habiéndole preguntado

tado por su estado anamnéstic, dijóns:  
 que en el año 1875, estando combatién-  
 do, recibió un fogonazo en el ojo izquier-  
 do, efecto de haber explotado el cartu-  
 cho en el momento de cargar el fusil.  
 Después del accidente el enfermo  
 cayó al suelo como herido por un  
 rayo, con pérdida de los sentidos, estado  
 que duró algunos minutos, pasados los  
 cuales volvió en sí, experimentando una  
 sensación dolorosa en el ojo mencionado,  
 perdiendo íntegramente su agudeza  
 visual. Transcurridos algunos días cesaron  
 estos síntomas volviendo el ojo a estado  
 fisiológico. Ocho meses después notó,  
 por vez primera, la presencia de moscas  
 volantes, que fueron aumentando  
 progresivamente, desarrollándose  
 más tarde una inflamación del  
 referido ojo la cual presentaba semi-  
 neres y exudados, acompañando  
 a estos fenómenos una disminución  
 progresiva de la agudeza visual.

Al presentarse el paciente en nues-  
 tra clínica observamos los siguientes  
 síntomas: ligera hiperemia conjun-  
 tival, inyección periquerática, iris do-  
 lores, catarata blanda y aumento  
 considerable de la tensión intra-ocular.  
 El ojo era doloroso a la presión. Superficia-

do la posibilidad de haberse introducido  
 un cuerpo extraño en el interior del mismo,  
 hicimos un detenido examen de este  
 órgano para ver si nos sería posible  
 descubrir alguna señal que nos indicara  
 el paso del cuerpo extraño ~~era~~ en su interior.  
 Nuestras investigaciones fueron inútiles,  
 pues nada se veía de anormal, a pesar  
 de esto abrigamos siempre la sospecha  
 de la existencia de un cuerpo extraño  
 en el interior del ojo, concepto basado  
 en el carácter particular de las in-  
 flamaciones que venían supliendo  
 el mismo, en la fuerte tensión intra-ocu-  
 lar y en los dolores notados que de vez en  
 cuando experimentaba.

Trimes en esta idea, nos abstuvié-  
 mos de aconsejar la extracción de la catarata,  
 prescribiéndole las instilaciones del sul-  
 fato neutro de arsénico, con el fin de ac-  
 llorar los síntomas inflamatorios. Sin efecto  
 en efecto: mas pasadas algunas semanas  
 se desarrolló, de nuevo, otra inflama-  
 ción idéntica a la primera, que iba  
 acompañada de una prominencia  
 en la parte interna e inferior del budo  
 de la córnea, la cual estaba surcada por  
 fincas ramificaciones arteriales. A tres  
 ues de un cuadrado, situado en el punto  
 de esta elevación, vislumbramos, con  
 sorpresa, un cuerpo oscuro, en lo cual osi-

mos que muchas rayas no habian sido  
 impundadas y podian, mas tarde, con  
 venenos que en realidad se trataba  
 de un cuerpo metálico el cual, atraves  
 sando la esclerótica propiamente el limbo  
 de la córnea tenia tendencia á salir  
 al exterior. Dispuestos á practicar una  
 tracción al siguiente día, suplicamos  
 al Sr. Presidente, Dr. D. Luis Juncos,  
 que nos permitiera verificarlo en  
 el local de la Academia en el abpto  
 de que pudieran asistir á ella los  
 señores que lo juzgaran conveniente,  
 lo que nos fué concedido.

Al presentarse á la mañana siguiente  
 el enfermo dispuesto á que se le practicara  
 la operación, nos advirtió que durante la  
 noche habia sentido fuertes pinchazos en  
 el párpado superior que todavía persistían  
 en aquel momento. Al remover  
 entre el ojo, quedamos sorprendidos al ver  
 que el cuerpo extraño, atravesando los  
 tegidos que le cubrian, salia más de  
 un milímetro al exterior, haciendo la em  
 junta palpebral superior á cada movi  
 miento de los párpados. Dispuestos á ve  
 rificar la extracción del cuerpo extraño,  
 apenas tuvimos tiempo de colocar el  
 blefarostat, cuando vimos que se deslizo

de su sitio viniendo á caer al fondo de  
 saco de la conjuntiva. El examen de es  
 te cuerpo nos demostró que era un  
 fragmento de cápsula de fulminante de  
 llado sobre sí mismo.

Este caso, raro en extremo, demuestra de  
 una manera clara y evidente, que es po  
 sible la salida espontánea de los cuerpos  
 extraños situados en el interior del ojo, sin  
 ir acompañada de síntomas inflamatorios  
 por parte de las membranas internas.

Los fenómenos morbosos por los cuales  
 se revelan los cuerpos extraños del interior  
 del ojo son los siguientes: 1.º Persistencia  
 de la inyección periquevática. 2.º Dolores  
 constantes á la presión del mismo. 3.º Aun  
 tamiento de la tensión intra-ocular. 4.º Ten  
 dencia á las recidivas.

Cuando la iridocoroiditis se ma  
 nifiesta de un modo espontáneo, suele  
 depender comunmente de enfermedades  
 generales que, como hemos dicho, nianam

ba, pueden ser afecciones uterinas o desórdenes menstruales. Por esta causa observamos, esta forma espontánea, mas frecuentemente, en el sexo femenino, que en el masculino. En ciertas mujeres el embarazo las predispone o determina las variedades de iridocoroiditis que se reproducen a cada nueva gestación. Es bastante común observar ciertos enfermos de la coroides en muchachos de 15 a 20 años, cuya causa principal está relacionada con desórdenes menstruales y muy particularmente con la amenorrea. La menopausia parece tener también alguna influencia en la producción de idénticas afecciones intra-oculares.

## Pronóstico de la iridocoroiditis

### VIII.

De todas las formas que puede

revestir la iridocoroiditis, la mas grave es la traumática o simpática. En las restantes el pronóstico es bastante benigno, a excepción de la iridocoroiditis espontánea en sus variedades de plástica y parenguimatoza, en las cuales las masas exudativas situadas entre la parte interna del iris y el cuerpo ciliar son causa, casi instantáneamente, de la pérdida de la visión. En casos excepcionales puede esta recuperarse, mediante un oportuno tratamiento quirúrgico. Decimos excepcionales, porque muchísimas veces la intervención quirúrgica suele determinar accidentes fatales que pueden sobrevenir, ya de un modo repentino ó bien después de algunos años, sin que sea posible poder designar, en seguridad, la causa ocasional de los mismos.

La iridocoroiditis serosa puede terminarse por la curación definitiva quedando con integridad de la agudeza vi-

mal.  
 La forma purulenta es la que  
 ofrece un pronóstico mas grave. Se  
 conoce, comunmente un origen trau-  
 mático (heridas, contusiones, accidentes, opera-  
 torios) & ocasionando, en poco tiempo, la  
 pérdida del ojo dando lugar al  
 empuje & alteraciones simpáticas.  
 Todos los tejidos del ojo se hallan en esta  
 forma, infiltrados de globulos de pus.

## Tratamiento de la iridocoroiditis en general.

### IX.

Las reglas generales que deben  
 seguirse, en el tratamiento de la irido-  
 coroiditis, quedan expuestas en el ca-  
 pitulo en que nos hemos ocupado  
 sobre la terapéutica de la iridocoro-

iditis traumática. Por lo mismo  
 no limitaremos aqui a exponer los  
 medios terapéuticos especiales a cada  
 una de las restantes formas.

Siguiendo el mismo orden  
 en que las hemos expuesto, trata-  
 remos primero de la iridocoroiditis  
 plástica. La medicación mas ade-  
 cuada para combatirla, consiste  
 en el uso del mercurio, tanto al inte-  
 rior como en fricciones. El plan se-  
 vulsivo surte tambien en elente efe-  
 to lo mismo que las inyecciones  
 de atropina.

Algunos oftalmólogos aconsejan  
 practicar la iridectomía en el fin  
 de evitar las adherencias del iris  
 con la cristaloides anterior. Bien  
 que no siempre su éxito es seguro  
 para la curación definitiva, sin em-  
 bargo sirve de disminuir la intensidad  
 de los síntomas inflamatorios evitan

do la formación de sinequias posteriores. Creemos, no obstante, que solo debe practicarse en casos en que se hallase estos excrementos si frecuentes recidivas. La iridocoroiditis debe beneficiarse hacia la parte superior y todo lo extensa posible, en el fin de evitar la obliteración de la pupila artificial resultante, mas si, a pesar de ello, sobreviniese una nueva oclusión, no quedaria otro recurso que repetir la misma operacion, tan luego hubiesen desaparecido los sintomas flogísticos en cuyo caso deberiamos practicarla hacia la parte inferior.

En la iridocoroiditis serosa se puede, en un principio, al uso de paracentesis repetidas de la cámara anterior, disminuyendo, de este modo, la fuerza tension intra-ocular propia de esta forma. Sereno aconseja, en otros casos, provocar diariamente la salida del humor acuoso, mediante la introducción en la cámara anterior de una sonda acanalada especial propia de dicho

autor. Este método es muy recomendable. La aplicación repetida de la sangre juleta artificial de Heurteloupe, en ambas regiones parietales y las inyecciones subcutaneas con el nitrato de pilocarpina, contribuyen eficazmente a obtener un buen resultado.

Las formas parenguimatosas y sifilítica son las que exigen un tratamiento enérgico y rápido. Nuestra atención debe dirigirse a prevenir, cuanto antes, la salivación mercurial usando, al efecto, las fricciones repetidas, junto con el uso interno del mercurio. El empleo de la medicación específica es altamente recomendable en la iridocoroiditis plástica tanto si reconoce o no un origen sifilítico. En los casos en los cuales el estado del paciente no permite el uso de las fricciones, habremos de recurrir a una medicación mixta interna, arrojando el mercurio al yoduro de potasio.



Nosotros hemos usado en gran éxito el protogoduro de hydragirio arrojado al extracto blando de quina, cuya medicación es muy bien tolerada por los pacientes.

Cuando estas dos variedades van acompañadas de hipopim es conveniente la aplicación de compresas empapadas en una decocción de sustancias aromáticas calientes (maizagilla, flor de sauro). Las instilaciones de sulfato neutro de atropina están indicadas desde un principio.

Por último siempre que numerosas masas exudativas obturuyen el campo de la pupila, será necesario hacer una iridotomía.

Resumo, exponer breves palabras, respecto al tratamiento de la forma purulenta espontánea. Este se reduce a uno de los mercuriales y grandes

dosis de la quina. Como a coadyuvantes a estos medios, podremos echar mano de la aplicación de compresas empapadas en agua helada renovándolas frecuentemente con el objeto de mantener una baja temperatura. Algunos prácticos prefieren el empleo de una aljaba llena de hielo colocándola sobre el ojo afecto.

## Conclusiones

1.<sup>a</sup> El proceso flogístico, en la iridocoroiditis plástica, presenta una marcada tendencia a invadir las partes profundas del globo del ojo.

2.<sup>a</sup> Los caracteres esenciales, propios de

La forma serosa, se reduce a tres: indolencia, moderacion del proceso inflamatorio y aumento en la tenacion intra-ocular.

3<sup>a</sup> La iridocoroiditis paraequinata puede afectar dos distintas variedades: la suppurativa y gomosa. Distinguese la primera, por la formacion de un hipopion; la segunda se caracteriza por la presencia de un condilo mac en el iris y mas raras veces, en los procesos ciliares.

4<sup>a</sup> En la iridocoroiditis secundaria existe un desequilibrio entre la tenacion intra-ocular resultando que: mientras la camara anterior se muestra poco resistente a la presion, el polo posterior del ojo ofrece una dureza mas firme. La fuente comun que experimentan los tejidos del fondo del ojo da lugar a la atrofia de la papila del nervio optico.

5<sup>a</sup> La iridocoroiditis simpatica o traumatica, es notable por su gravedad e interes clinico que ofrece. Bien que existan diversas opiniones sobre la patogenia de esta forma, creemos haber

demostrado suficientemente las razones en que nos fundamos, al admitir que la transmision del proceso simpatico puede verificarse, ora por el nervio optico, ora por los ciliares.

7<sup>a</sup> Entre las diversas causas capaces de determinar la oftalmia simpatica, citaremos como principales: las heridas y contusiones del cuerpo ciliar; la penetracion y permanencia de cuerpos extraños en el interior del ojo; la irrigacion de sustancias septicas, en la parte seccionada del nervio optico, al verificar la emulsiacion del bulbo ocular; toda irritacion continua en la superficie externa del organo. (Cicatrices prominentes de la conjuntiva, permanencia de un ojo artificial) &c.

8<sup>a</sup> La consecuencia final de toda inflamacion simpatica, esta basada en la misma regla por la qual se rige la propagacion de toda neuritis. La destruccion de los cilindros-eyes, debida a la influencia de la infiltracion serosa que acompaña a todos los procesos flogisticos, es la causa determinante de los fenomenos simpaticos.

9<sup>a</sup> Queda demostrado, por nuestro propio examen, que es posible la salida espontánea de los cuerpos extraños alojados en el interior del ojo, sin ir acompañado, este fenómeno de síntomas inflamatorios por parte de las membranas internas.

10<sup>a</sup> La envelladura del ojo herido es el inicio medio capaz de evitar la propagación del prosoo flogístico al otro género.

11<sup>a</sup> Debemos practicar también la envelladura del ojo herido, en los casos, en que su compañero presente síntomas prodromicos simpáticos, y no exista esperanza alguna de poder recuperar a aquel, parte de la visión.

12<sup>a</sup> La separación del ojo herido ha de ir seguida del uso enérgico de los mercuriales.

13<sup>a</sup> Las causas de la iridocoroiditis en general, unas son locales, otras generales. Citaremos, entre las primeras

ras: las heridas y contusiones del globo del ojo; operacion de catarata; luxacion del cristalino &c. Las segundas dependen de afecciones internas y perturbaciones menstruales.

14<sup>a</sup> Las formas purulentas y exudativa son las que presentan mas gravedad. Las serosas son benignas, bien que la parsenquimatosa y fílitica exigen un tratamiento enérgico y rápido.

15<sup>a</sup> El tratamiento general de la iridocoroiditis, está basado en el uso de los mercuriales. Asociase esto al yoduro de potasio, en la forma específica. Sin quinados y sudoríficos sustentan buen efecto. Los medios locales que dan limitados a las instilaciones del sulfato neutro de atropina y a las aplicaciones repetidas, de la sangre pura artificial de Heurkhoupe.

16<sup>a</sup> En la forma plástica la iridectomía puede evitar la oclusión de la pupila.

17<sup>a</sup> En la serosa recurrimos a las paracentesis repetidas de la córnea, segun el método de Speerius.



Juan Gelpez Lopez