

servan en estos lugares, lo que se explica quizás por prolongadas irritaciones conjuntivales bajo los ardientes rayos del sol de los trópicos, y la gran frecuencia de infecciones conjuntivales (conjuntivitis subaguda, conjuntivitis aguda), a que se está expuesto en esos climas en donde infinidad de mosquitos (culícidos, simulidios, ceratopogón, etc.) se posan en la secreción conjuntival y van a llevar mecánicamente la infección a mucha gente.

El tratamiento quirúrgico nos ha dado éxito, pues en veintitrés enfermos operados, sólo hemos visto la reproducción de uno (observación número 268), que también observáramos en otro enfermo que se presentó al consultorio con un pterigio reproducido y que no había sido operado por nosotros. (Observación 282).

El método operatorio que usamos consiste en la transfección de pterigio con un cuchillo de graefe y disección completa de su inserción en la córnea con resección de todo el pterigio; cauterización con el galvanocauterio del punto de inserción y recubrimiento conjuntival por deslizamiento de la superficie que ocupaba el pterigio.

PINGÜÍCULA—(Observaciones números 325 a 331). Esta afección, benigna, y consistente en una mancha amarilla y ligeramente levantada incluida dentro de la conjuntiva con la que se desliza fácilmente y que no es sino una pequeña degeneración hialina del tejido fibroso, según Fuchs, trae pocas veces los enfermos a consultar sobre ella, pues no causa molestia alguna. Sólo operáramos, por excisión, una, en una mujer, por motivos de estética.

TUMORES DE LA CONJUNTIVA—(Observaciones números 332 a 334). No hemos tenido ocasiones de observar ninguno maligno; solamente figuran un lipoma, un angioma y un quiste dermoide, cuya extirpación fue seguida de éxito sin ningún accidente.

AFECCIONES DE LA CORNEA

EROSIONES Y EXCORIACIONES—(Observaciones números 335 y 336). De las lesiones traumáticas de la córnea, quizás las más frecuentes son las erosiones y excoriaciones, aunque son pocos los enfermos que en tales casos recurren al práctico, pues la lesión cura muy rápidamente, cuando no hay infección o una afección anterior de las vías lagrimales que la favorezcan.

De los dos casos citados, uno (número 335) no recordaba haber tenido ningún traumatismo, y sin embargo había fotofobia, lagrimeo, y la erosión se dilucidaba al teñirla con fluoresceína; en el otro sí había habido traumatismo (cuerpo extraño). Ambos curaron, sin quedar lesión ninguna,

con compresas calientes e instilaciones de cocaína para calmar el dolor.

HERIDAS PENETRANTES DE LA CórNEA—(Observaciones números 337 a 338 A). Así como las heridas que se practican con instrumentos cortantes y que dejan un corte neto y recto en la córnea, curan fácilmente, dejando cicatrices apenas perceptibles por medio de un cuidadoso examen con la lente, las heridas contusas y aquellas de bordes sinuosos dejan al cicatrizarse manchas que, según su sitio y extensión, comprometen la visión. Cuando son periféricas, son muy frecuentes las heridas del iris con todo su cortejo de complicaciones. El proceso infeccioso desempeña el papel principal para el pronóstico del globo. De los tres casos citados, en el número 337 se presentó cuando ya habían transcurrido varios días y el ojo estaba en fundición purulenta, con grandes dolores y fiebre que exigieron la enucleación.

El número 338, que había sido producida por la penetración de un hierro caliente, lo vimos varios meses después del accidente: había sinequias anteriores y un ligero inflamamiento del iris, con abolición total de la visión. Propusimos hacer una resección del segmento anterior, a lo cual no se sometió el enfermo, que vuelto a ver cinco años después presentaba la hernia iriana (que era periférica) recubierta por un tejido conjuntival de nueva formación, sin dolores, ni molestia, y en el otro ojo una visión normal. Los fenómenos simpáticos que teníamos por alguna posible infección de los procesos ciliares, aún no se había presentado; sin embargo insistimos en que debía enuclearse, pero el enfermo no accedió.

De la enseñanza que nos dio este caso nos servimos para tratar al del número 338 A, quien con una rama de árbol se hizo una herida cortante de la córnea con hernia del iris. Lo vimos al cuarto día del accidente, y le hicimos una resección de la parte herniada, cauterización con el glavanocauterio y un recubrimiento conjuntival, por deslizamiento, de la herida, seguido de instilaciones de atropina al $\frac{1}{2}$ por 100. La córnea, que al principio estaba toda opaca e infiltrada, fue aclarándose poco a poco hasta que el enfermo recobró su visión normal.

Como tratamiento en las heridas de la córnea hacemos una desinfección del ojo, previa anestesia con cocaína, ponemos atropina y pomada de óxido amarillo y vendaje. Si hay heridas del iris se intervendrá según la indicación.

QUEMADURAS DE LA CórNEA—(Observaciones 339 a 343). Las quemaduras de la córnea, a pesar de presentarse con fenómenos tan dolorosos y alarmar al enfermo, por extensas que sean, no ofrecen gravedad mayor, y de los cinco

casos que observámos, tres curaron fácilmente con la desinfección y vendaje, sin dejar ninguna lesión. Sólo vimos dos casos desgraciados, el número 341, quien empíricamente se aplicó un específico, probablemente ácido arsenioso, en el ángulo interno del ojo, para tratarse un epitelioma. El caústico penetró en el ojo y produjo vivos dolores. Lo vimos al sexto día del accidente: la córnea perforada, iris herniado, globo ocular infectado y muy doloroso, que nos obligó a hacer una enucleación.

El otro caso citado (número 343) como desgraciado fue en un fabricante de cerillas, quien imprudentemente agitó un poco de fósforo que se inflamó y le quemó la cara. Lo vimos al tercer día del accidente con los párpados, conjutiva y córnea de ambos ojos quemados; cuando le hicimos la primera curación, aún había partículas humeantes de fósforo. Los lavados, desinfecciones, aplicaciones de aceites, etc. etc., no produjeron ningún éxito. Las córneas se blanqueron por completo y el globo del ojo se atrofió.

CUERPOS EXTRAÑOS DE LA CÓRNEA—(Observaciones números 344 a 349). Aunque no figuran sino cinco casos, hemos visto veinte más, cuyas observaciones se nos han extraviado, y que no insertamos aquí por no recordarlas de memoria. En lo general han sido pedazos de carbón o fragmentos de hierro o esmeril. Estos último son muy frecuentes en nuestros obreros, que casi nunca tienen la precaución de ponerse anteojos protectores para los trabajos de torno. En los casos mencionados hicimos la extracción con la aguja de cuerpos extraños, previa anestesia con cocaína, sin ningún accidente.

ÚLCERAS DE LA CÓRNEA—(Observaciones números 350 a 366). La córnea es frecuentemente el sitio de infecciones que llegan a ella ya por vía interna, ya por vía externa, produciendo en su superficie úlceraciones que ganan el tejido propio de la córnea, y llegan en muchos casos a perforarla. En algunas variedades se produce alrededor de la úlcera una infiltración leucocitaria en el parénquima de la córnea, que la hace ver de un aspecto lechoso, y en otras, especialmente las producidas por neumococos que revisten varias formas, se ve frecuentemente un derrame purulento en la cámara anterior, hipopion.

De los diez y seis casos que se citan en nuestras observaciones, seis son producidos por el diplobacilo en el curso de conjuntivitis subagudas; dos por falta de protección de la córnea, coloboma palpebral (observación 355) y extropión senil (observación 363), donde el órgano estaba expuesto a la acción de los agentes exteriores y sin defensa; cuatro de forma serpiginosa producidos por

el neumococo, y cuatro en que no se dilucidó el agente infeccioso. No citamos aquí aquellos que han sido producidos por el gonococo y que figuran como complicaciones de oftalmía purulenta.

Inútil es repetir aquí el tratamiento de las úlceras producidas por el diplobacilo; nos limitaremos pues a indicar el que hemos seguido en las úlceras de neumococo y en las de naturaleza desconocida.

Ante todo procuremos la mayor desinfección de la conjuntiva y permeabilidad de las vías lagrimales. Las instilaciones de atropina con el objeto de defender el iris en caso de una posible perforación, la pomada de óxido amarillo de mercurio y las duchas de vapor caliente, previa anestesia de la córnea, nos han dado excelentes resultados en úlceras aun de hipopion, en que su marcha no presentaba una forma demasiado grave.

En las úlceras serpiginosas de neumococo, cuya evolución es más grave y tenaz, nos valemos con éxito del cauterio eléctrico.

Los autores clásicos aconsejan tocar la úlcera con una punta fina de galvanocauterio en repetidas sesiones, y con suma precaución, absteniéndose en las úlceras muy extendidas en que la cicatriz de la curación dejaría una mancha más o menos grande en la córnea.

Para obviar estos inconvenientes hemos modificado un poco la técnica, modificación que consiste en aplicar diariamente el galvanocauterio, al rojo sombrío, no en contacto directo con la córnea, sino a una distancia de unos dos o tres milímetros, produciendo así un tostamiento y no quemadura de la córnea. Este método lo hemos visto coronado por el buen éxito, pues los fenómenos inflamatorios pasan pronto y rápidamente se absorbe el hipopion. Aún no hemos tenido ocasión de tratar grandes úlceras con hipopiones por la queratomía de Somich.

PANUS DE LA CÓRNEA—(Observación número 367). Con este nombre se designa un penacho de vasos que de la conjuntiva pasan a invadir la córnea superficialmente y que se presenta en la tracoma, la tuberculosis y la lepra.

En el caso de que hablamos, no se trataba de ninguna de estas afecciones, y por haberlo seguido desde un principio y haber obtenido su curación por un método que no hemos visto descrito para tratar semejantes casos, creemos útil detallarlo:

1912. Enero 16—Vemos por primera vez al enfermo, quien dice que desde hace ocho años sufre de frecuentes irritaciones en el ojo derecho. Examen: se ve una úlcera central de la córnea que él dice tener hace tres meses. Tratamiento: atropina, pomada de óxido amarillo, pomada

yodoformada, duchas calientes. No volvemos a ver al enfermo hasta el 4 de enero de 1913, en que encontramos un pequeño albugo en el lugar que ocupaba la úlcera, de donde se desprende un penacho de vasos que con algunas granulaciones pequeñas, va del leucoma a la parte interior del limbo. La conjuntiva está roja y hay secreción con diplobacilos. Tratámos con sulfato de cinc, y en ocho días la secreción desaparece; pero el panus se mantiene hasta el 8 de junio del mismo año, en que viendo que los medios paliativos y de expectación no habían producido resultado ninguno satisfactorio, resolvimos hacer una peritomía ígnea por medio del galvanocauterio, con el objeto de quitar toda conexión vascular entre el leucoma y el limbo esclerocorneano, dejando así entre los dos una barrera cicatricial.

La operación fue sin accidente, y el resultado el esperado: dos meses después no se veía rastro alguno del panus.

QUERATITIS—(Observaciones números 368 a 384 A). Entre los diez y siete casos citados sólo uno (observación número 368) no atacaba el parénquima de la córnea. Los otros todos lo atacaban, revistiendo las variedades de queratitis intersticial.

El enfermo del número 368 se presenta al consultorio con fuerte fotofobia y lagrimeo. En su niñez había tenido una infección conjuntival que no pudimos saber cuál había sido, que dejó un leucoma periférico.

Al examinar el ojo estaba rojo, lagrimoso; en la parte inferior de la córnea y alrededor del leucoma se veían finos vasos que penetraban en el interior, cuya superficie estaba despulida en varios trechos y se teñía al instilar una solución de fluoresceína. El iris, de un color sucio, reaccionaba, y no había sinequias. En los anamnesticos del enfermo no se encontraron antecedentes sifilíticos, ni adquiridos ni hereditarios. Únicamente había tenido dos ataques de reumatismo articular agudo. Lo tratámos con silicato de aspirina y localmente con atropina. La curación se logró en quince días. ¿Podríamos clasificar esta queratitis como reumatisma?

Las demás formas de queratitis, como hemos dicho, han revestido el tipo intersticial y en su mayor parte tienen una etiología debida a la sífilis o a la heredosífilis, menos una (observación número 373), que era una queratitis intersticial leprosa, igual en su marcha a las descritas por los clásicos; tres también intersticiales en que no encontramos antecedentes específicos ningunos a qué atribuirlos. (Observaciones números 368, 369 y 382).

Los casos de queratitis intersticial los hemos clasificado bajo dos grupos: los unos con el nombre de *queratitis inters-*

ticial, y los otros bajo el nombre de *queratitis intersticial puntata*, así llamada por Mauthner (o queratitis puntiforme de Hock). La primera es más frecuente en la sífilis hereditaria y algunas veces en la adquirida, donde tiene una evolución más rápida.

El tipo *puntata* siempre ha sido achacado a la sífilis adquirida; sin embargo, en las observaciones números 374, 379, 377 y 381, los antecedentes heredosifilíticos eran claros, y los enfermos no habían presentado el accidente primario de la sífilis adquirida. La queratitis estaba caracterizada por una serie de punticos muy pequeños de color carmelita oscuro, situados en las capas profundas de la córnea, circunscritos, por lo general, a un pedazo del segmento inferior; había una verdadera descemetitis, que era fácil diferenciar con el alumbrado oblicuo, de los depósitos pigmentados que forman las ciclitis en la cara posterior de la córnea por su localización y por la ausencia absoluta de fenómenos irianos.

El resultado que obtuvimos en el tratamiento específico de las queratitis intersticiales de origen sífilítico, en sus varios tipos, fue el mismo que se observa en las estadísticas europeas: evolución lenta, pero que llega a la curación. En muchos casos hemos visto que en el curso del tratamiento mercurial el ojo sano es atacado de queratitis y sigue la misma marcha del primero.

MANCHAS DE LA CÓRNEA --(Observaciones números 384 a 402). Los diez y nueve casos citados, que van desde el ligero albugo que no compromete casi en nada la visión hasta el leucoma que cubre casi en su totalidad la córnea, impidiendo la visión, corresponden a antiguas lesiones de la córnea (conjuntivitis, úlceras, traumatismos, quemaduras, etc.) Sólo en dos tuvimos ocasión de hacer un tratamiento quirúrgico: el número 387, a quien se le hizo una iridectomía óptica con excelentes resultados, y a una niña (número 399), a quien hicimos con tinta china un tatuaje en un leucoma central, con excelente resultado estético, que se ha mantenido hace más de cuatro años.

ESTAFILOMA ANTERIOR—(Observaciones números 403 a 406). El estafiloma anterior, llamado también estafiloma opaco de la córnea, tiene por origen antiguas ulceraciones de la córnea que se han perforado y donde el iris se ha adherido. La cicatriz de la córnea presenta una salida anormal que se extiende a una parte de ella o a su totalidad, es opaca y por lo general adelgazada, se rompe en algunos casos vaciándose el ojo, y en otros permanece en un estado estacionario.

Dado el estado del cuerpo ciliar, en estos casos la intervención quirúrgica se impone para ponerse al abrigo de posibles oftalmías simpáticas.

De los cinco casos que citamos tuvimos ocasión de operar dos: en el uno (número 404 A) practicámos la enucleación, y en el otro (número 406) la resección del segmento anterior, quedando en ambos casos un buen muñón móvil que permitió una excelente prótesis.

KERATOCONO—(Observaciones números 407 a 429). De los veintitrés casos que citamos doce pertenecen a hombres y once a mujeres, lo que nos hace ver que ataca igualmente a ambos sexos; su aparición se verifica después de la pubertad.

Fuera de su relativa frecuencia no tenemos nada que agregar en los casos observados, en cuanto a sus síntomas y marcha, de lo que dicen los tratados de patología. Las ulceraciones del cono son raras; hemos visto dos que cedieron fácilmente. Todos los diversos tratamientos quirúrgicos que han ensayado los oculistas no han dado hasta hoy resultados satisfactorios. Basados en la experiencia de estos malos resultados que vimos en algunas clínicas europeas, hemos optado por establecer en nuestros enfermos un tratamiento, que si no cura, por lo menos aumenta bastante la visión y mantiene la lesión en un estado en que no progresa o progresa muy poco.

Consiste en la aplicación de vendajes compresivos sobre el globo ocular, monóculo o binóculo, que el enfermo debe soportar unas seis horas diarias; aconsejamos hacerlas por la noche y que el enfermo se acueste con ellos puestos; se hacen por series de ocho a diez días, con ligeros descansos, en los que ponemos pilocarpina en colirio al $1\frac{1}{2}$ por 100. En muchos hemos visto mejorar la agudeza visual, que ayudamos a aumentar prescribiendo lentes esféricos o cilíndricos, según los casos.

En un caso (número 427) en que este tratamiento no dio buen éxito, hicimos la cauterización de la cima del cono sin obtener tampoco resultado alguno.

TUMORES DE LA CórNEA—(Observación número 430). Sólo observámos uno que operámos y del que no hicimos examen histológico. Su aspecto microscópico era el de un papiloma. Dos años después de operado no se había reproducido.

ENFERMEDADES DE LA ESCLEROTICA

HERIDAS DE LA ESCLERÓTICA—(Observaciones números 431 y 432). El primer caso citado (número 431) fue una pequeñísima herida penetrante de la parte inferior, que no se infectó y que con la asepsia de la región traumatizada e inmovilización del globo curó, sin dejar lesión aparente.

El 432 se presentó ya al octavo día de herido, con el ojo en fundición purulenta, y se enucleó.

EPISCLERITIS—(Observaciones números 433 a 446). Hemos confundido en un solo grupo las lesiones inflamatorias de la esclerótica y de la región episcleral, bajo el nombre de episcleritis. Todas, menos una (número 434), se han presentado en el adulto. Su etiología ha sido variada. De los trece casos citados seis parecían de origen reumatismal, seis de origen sifilítico y uno debido a la lepra.

Su diagnóstico es fácil: se ve una gran vascularización de la región atacada; vascularización de color morado, que no desaparece por la presión como sucede en la hiperemia conjuntival; en algunos casos un botón rojo y doloroso bajo la conjuntiva.

Como tratamiento local hemos usado instilaciones de cocaína y adrenalina, y compresas calientes. El tratamiento general de la causa es más importante y no debe descuidarse. La evolución es de semanas y aun de meses en algunos casos.

ENFERMEDADES DEL IRIS

Lesiones traumáticas.

IRIDODIÁLISIS E IRIDOPLEJIA — (Observaciones números 447 y 447 A). Las lesiones traumáticas del iris se verifican por lo general por contragolpe (cuando no hay herida penetrante); la presión del globo en el ojo produce desinserciones del iris, iridodiálisis (observación número 447 A) o desgarraduras radiales, iridoplejia (observación número 447). Cuando no son muy extendidas no comprometen la visión. Sin embargo, la tensión ocular debe ser vigilada, pues en muchos casos aumenta considerablemente produciendo fenómenos glaucomatosos, como puede verse en la observación número 447, en que había también una luxación del cristalino.

Las lesiones traumáticas del iris dependientes de heridas penetrantes del globo, hernias, heridas, etc., figuran en las heridas del globo.

IRITIS—(Observaciones números 448 a 462). Las inflamaciones del iris, iritis, pueden tener por causa la entrada del agente infeccioso a través de una ulceración o de una herida penetrante de la córnea, o llegar al iris por vía sanguínea en el curso de una infección endógena.

No nos detendremos sobre su sintomatología, que tanto en las iritis de causa exógena como endógena es más o menos parecida: vascularización anormal del segmento anterior del globo y del iris mismo que hace cambiar su coloración dándole un tinte sucio; deformación y contracción de la pupila; alteraciones del humor acuoso; sinequias; depó-