

regresan producen la atrofia de la membrana, dejando en su lugar una mancha blanca que generalmente se carga de pigmento. Cuando las lesiones ocupan la mácula la coroiderretinitis se llama macular, y reviste un pronóstico mucho más grave.

**COROIDITIS PIGMENTARIA**—(Observación número 693). En el caso citado encontramos todos los caracteres de esta afección. Se trataba de un niño de trece años, bien conformado, que trajeron al consultorio porque su padre observó que la visión disminuía y que sobre todo con la luz difusa el enfermo quedaba casi ciego.

Al examinar el fondo del ojo, la lesión era bilateral y presentaba las manchas pigmentarias coroidianas en la forma clásica de células óseas. Había en el campo visual escotomía anular, y la hemeralopia era manifiesta. Examinados los padres muy cuidadosamente no se encontraron antecedentes sifilíticos; el padre era alcohólico.

**COROIDITIS MIÓPICA**—(Observaciones números 694 a 715). En este grupo hemos colocado las lesiones coroidianas de la miopia y sus comentarios se verán más adelante en el parágrafo destinado a este vicio de refracción.

#### ENFERMEDADES DE LA RETINA

**DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA**—(Observaciones números 716 a 731). El desprendimiento de la retina, cuando no es debido a tumores o a cuerpos extraños, puede ser traumático o idiopático, y se caracteriza por la presencia de un derrame que se forma por debajo de las células visuales de la retina y localizado en una extensión variable comprendida entre la papila y la ora serrata.

Fuera de los signos subjetivos en que el enfermo se queja de ver mal los objetos, como recortados y deformados, no hay dolor ni ninguna otra molestia. Al examinar con el oftalmoscopio, espejo plano y sin lente, se hace el diagnóstico por notarse una parte del campo pupilar de una coloración gris. Visto con lente y espejo cóncavo, se ve el promontorio formado por el desprendimiento de un color gris claro plegado, con vasos tortuosos que un ojo ejercitado nunca deja de reconocer y localizar exactamente, lo que se hará también con un examen cuidadoso y a la luz difusa del campo visual.

De los diez y seis casos que apuntamos sólo a tres puede atribuírse un origen traumático: el número 716, en quien apareció un cuarto de hora inmediatamente después de una caída de automóvil; el número 717, quien habiendo estado mirando sin vidrio ahumado un eclipse de sol, se presentó a nuestra consulta al día siguiente con su desprendi-

miento retiniano sin que antes de este accidente hubiera sufrido de los ojos ni tuviera antecedentes patológicos importantes (1); el número 731, que sin antecedentes ningunos patológicos sintió su lesión ocular después de haber permanecido largo rato en un cuarto caliente, cerca de una lámpara de petróleo, y salió al frío. Estos dos últimos casos los hemos colocado entre los desprendimientos de origen traumático, aunque propiamente no haya habido golpes sobre el globo ocular, sino por considerar la viva luz del sol y la violenta acción del frío como agentes exteriores que pueden producir una alteración en las capas profundas del ojo.

Como factor etiológico en los otros trece desprendimientos, encontramos la miopía, astigmatismos, lesiones coroidianas y sífilis. De los varios tratamientos que hemos ensayado en los desprendimientos de la retina, ninguno nos ha dado resultados verdaderamente satisfactorios: reposo, inyecciones subconjuntivales de sales mercuriales y de suero fisiológico, aspiración del derrame en la región ecuatorial del ojo, etc., no nos han dado éxitos sino muy medianos.

**RETINITIS ALBUMINÚRICA**—(Observaciones números 732 y 733). Aunque las diferentes formas de nefritis casi siempre cuando producen lesiones retinianas lo hacen en ambos ojos, en los dos casos que anotamos, sólo un ojo, el derecho, presentaba las lesiones de retinitis albuminúrica: manchas blancas alrededor de la papila y pequeñas hemorragias; en el número 732, la estrella perimacular era característica.

**RETINITIS DIABÉTICA**—(Observaciones números 734 y 735). En los dos casos observados no encontramos nada que se apartara de las descripciones conocidas de esta lesión. Había manchas blancas, y sobre todo gran cantidad de manchas hemorrágicas en la región macular y perimacular. El enfermo del número 735, en que las lesiones eran muy marcadas, habiendo también opacidades del cristalino, murió en coma diabético un año después de que le hicimos el diagnóstico de retinitis diabética.

**LESIONES VASCULARES DE LA RETINA**—(Observaciones números 736 a 738). Sólo dos casos de lesiones de la arteria central de la retina, obliteración.

Esta lesión puede producirse por espasmo vascular, por trombosis, por embolía, siendo en estas variedades relativamente parecida su sintomatología: supresión brusca y

---

(1) Este caso debiera estar entre los fototraumatismos de la retina, pero por su rareza como desprendimiento lo colocamos aquí. No conocemos en la literatura oftalmológica ningún otro caso de desprendimiento por fototraumatismo.

**OFTALMÍA SIMPÁTICA**—(Observaciones números 741 a 745). De los cinco casos observados sólo hemos podido seguir dos (741 y 742); los otros, probablemente atemorizados por la perspectiva de una enucleación, acudieron a otros médicos, y no sabemos qué fin hayan tenido.

De los dos casos que seguimos, el número 741 había tenido hacía trece años, jugando con unas tijeras, una herida penetrante del globo, que él ignora cómo fue tratada (tenía entonces tres años). Acudió a nuestro consultorio porque en el último año había sentido dolores vagos en el ojo herido que de cuando en cuando se ponía encarnado y lagrimaba, la visión había disminuído en el otro ojo, cuyo fondo era ya difícilmente alumbrable. Aconsejámos la enucleación, que fue practicada por un colega. Visto dos años después, el ojo izquierdo se veía normal y con buena visión.

El otro caso se refiere a una mujer del pueblo, ignorante y muy torpe, de quien no pudimos obtener datos fijos (véase la observación 742), y a quien operámos por notar fenómenos simpáticos en el ojo izquierdo. No la vimos sino una vez, dos meses después de operada, y entonces tenía bien su ojo izquierdo.

Lo que nos llama la atención al ver los anamnésticos de estos cinco casos, es lo tardío en aparecer los fenómenos simpáticos, siendo así que por lo general éstos se presentan en el curso del primero o primeros años que siguen al traumatismo, y en los casos que observámos los tiempos son: uno de veinte años, dos de trece años, uno de cinco años y otro en que se ignora la época del traumatismo, pero que por los datos suministrados no es menor de cinco años.

En la literatura oftalmológica se cuentan casos en que los accidentes simpáticos han aparecido veintiocho y hasta cuarenta y dos años después del accidente.

**GLAUCOMA**—(Observaciones números 746 a 766). El glaucoma o conjunto de fenómenos que presenta la hipertensión ocular, puede tener muchos casos cuya íntima patogenia no es absolutamente conocida. De aquí que en la moderna oftalmología se considere la hipertonía ocular como un síntoma más bien que como una entidad patológica. Como esta hipertonía puede constituir por sí sola toda la enfermedad o una complicación de afecciones anteriores, se ha hecho de ella una división un tanto artificial entre glaucoma primitivo y secundario, con subdivisiones que han dejado las clases de: 1º, glaucoma infantil; 2º, glaucoma primitivo inflamatorio (que en nuestra estadística figura con el nombre de *glaucoma agudo*); 3º, glaucoma primitivo simple o crónico (que en nuestra estadística figura con el nombre de *glaucoma subagudo*), y 4º, los glaucomas secundarios. Con el nombre de glaucoma absoluto hemos rotulado

los casos en que la hipertensión ocular, llegada a su máximo, ha producido la pérdida total de la visión, y la cual fuera el tipo clínico bajo el que ha evolucionado la lesión.

No nos detenemos a describir los signos clínicos de la hipertensión: opacidad y anestesia córnea, dilatación pupilar, disminución de la cámara anterior, oscurecimiento de los medios oculares (vítreo), excavación de la papila, estrechez del campo visual y fenómenos subjetivos, dolores, etc., cuya descripción es propia de los tratados de oftalmología.

En nuestra clientela civil no hemos visto glaucomas infantiles o buftalmías. En los niños que acuden al Hospital de la Misericordia, del que somos cirujanos en el servicio de enfermedades de órganos de los sentidos, sólo hemos visto en seis años tres casos en estado tan avanzado que la enucleación se impuso.

De los veinte casos que figuran en nuestra estadística, en ocho el glaucoma era bilateral; seis casos evolucionaron bajo la forma aguda o inflamatoria; dos eran secundarios, y los demás subagudos o crónicos simples.

En tres casos practicamos la enucleación por glaucoma absoluto; en tres hicimos la iridoesclerotomía por el procedimiento de Lagrange; uno que empezó a evolucionar con una catarata, cedió con los mióticos; y los demás casos no volvieron al consultorio y no pudieron ser ni tratados ni observados.

En general, no somos exclusivistas en los métodos médicos o quirúrgicos para el tratamiento del glaucoma, sino antes bien los combinamos seguidos de un régimen y tratamiento generales. En el procedimiento quirúrgico usamos con éxito la iridoesclerotomía de Lagrange, aunque bien sabido es que muchos glaucomas crónicos, a pesar de una iridectomía precoz, la enfermedad sigue su evolución hasta dejar ciego por completo al enfermo.

Quisiéramos hacer algunas anotaciones sobre la patogenia y evolución del glaucoma en nuestras tierras calientes, pero desgraciadamente sólo hemos observado cinco glaucomatosos que vivieron en tierra caliente, y la marcha de su enfermedad, como sus caracteres, no los encontramos diferentes de los observados en los climas fríos (observaciones números 746, 748, 763, 764 y 766). Lo único que podemos deducir de estos datos es su frecuencia en nuestras tierras calientes, pues de veinte enfermos examinados de glaucoma, cinco habitaban en tierra caliente, lo que da un porcentaje de 25 por 100.