

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-

sitos pigmentarios y alteraciones de la función visual, fotofobia, dolor, lagrimeo, etc.

Como tratamiento hemos usado el clásico de la atropina para evitar adherencias, vigilando siempre la tensión ocular y el tratamiento general, que es lo más importante.

De los diez y ocho casos que figuran en esta estadística aparecen como causas: uno la lepra, dos la fiebre recurrente espiroquetal, tres el reumatismo y doce la sífilis, siendo en estos últimos casos la mayoría en individuos en que el chancro había aparecido poco tiempo antes, de tres a cuatro meses.

MIOSIS—(Observación número 463). En el caso que citamos, no encontramos ningún antecedente ocular o general que lo explicara. El padre del enfermo era sifilítico. Esta miosis cedió temporalmente con los midriáticos y no producía ninguna alteración visual en el enfermo.

ANISOCORIA—(Observaciones 464 a 480). La misocoria, o desigualdad pupilar, cuando no depende de una causa local (cicatriz, acción medicamentosa, parálisis temporánea, intoxicaciones, etc.) es más bien un síntoma de una afección general que una enfermedad ocular. El entrar aquí a describir en este resumen todas sus causas, sería hacer largos capítulos de patología interna que están fuera del lugar; bástenos hacer notar que en casi todos los diez y seis casos citados hay claros antecedentes sifilíticos, y que en muchos de ellos, como puede verse en las observaciones, el accidente primario era de fecha reciente. Estas sífilis, por lo general, tienen su localización en el sistema nervioso central y evolucionan bajo el tipo de tabes o de parálisis general.

SINEQUIAS POSTERIORES. (Observaciones números 492 a 495) y **SECLUSIÓN PUPILAR**—(Observaciones números 481 a 491). Las inflamaciones de la membrana iriana producen, cuando no se tratan oportunamente, adherencias del iris a la córnea o más frecuentemente a la cristaloides anterior, que llevan el nombre de sinequias, anteriores o posteriores, según el caso, y que cuando son en gran número producen una casi total adherencia del iris a la cristaloides, formando lo que se llama una seclusión pupilar.

Las causas de estas sinequias y seclusiones son las que apuntamos al hablar de la iritis: lepra, sífilis, etc., y según su mayor o menor extensión pueden producir complicaciones, desde no pasar advertidas hasta la hipertensión ocular y la pérdida de la visión, ya por fenómenos glaucomatosos, ya por impedimento mecánico a la entrada de la luz.

En los casos citados operamos dos (observaciones 481 y 484), en que el resultado operatorio fue bueno; pero en que desgraciadamente las enfermedades generales, lepra y sífilis, siguieron su marcha progresiva, produciendo nuevas lesiones oculares.

GOMAS DEL IRIS—(Observaciones números 496 y 497). Los dos casos citados cedieron al tratamiento general mercurial. En uno de ellos, de marcha un poco tenaz, empleámos además las inyecciones subconjuntivales de cianuro de mercurio al 1 por 1,000.

HERIDAS PENETRANTES DEL GLOBO—(Observaciones números 498 a 506). Bajo este grupo hemos comprendido las heridas penetrantes de la esclerótica que llegan al cuerpo ciliar, vítreo, etc., y un caso (número 504) en que la herida, producida por una espuela de gallo desgarró la esclerótica en sedal, rompió la parte inferior del limbo y produjo una hernia del iris. (En este caso se hizo la extirpación de la hernia iriana y el ojo se salvó).

De los nueve casos citados, en cuatro practicámos la enucleación; tratábase de ojos dolorosos, ciegos, algunos con fragmentos de cuerpos extraños, que se temía produjeran fenómenos simpáticos; en otro, como se dijo, se reseco una hernia del iris, uno (número 498), que presentaba fenómenos simpáticos, rechazó la operación y no hemos vuelto a saber de él, lo mismo que del número 505, y dos casos, 501 y 506, en quienes no se han presentado fenómenos dolorosos, pero a los que hemos propuesto la enucleación sin que la acepten.

IRIDOCICLITIS—(Observaciones números 507 a 511). En este grupo figuran dos iridociclitis por infección exógena, origen traumático, uno con catarata traumática (número 507) y otro con una herida del iris infectada (número 511): Dos de origen sifilítico y uno como complicación de fiebre espiroquetal.

Sea cual fuere la causa de la infección, la sintomatología en los diferentes casos es más o menos igual. Lo primero que llama la atención son los depósitos de pigmento iriano de la cara posterior de la córnea, que hay que reconocer con sumo cuidado para no confundirlos con las manchas de queratitis intersticial puntata. Se diferencia en que en ésta su sitio es más variable, desaparecen con el tratamiento, no tienen al principio el color gris de los de la ciclitis y no se acompañan de fenómenos irianos. Como en la mayor parte de los casos hay hipertensión ocular, ponemos eserina. A pesar de un cuidadoso tratamiento, en lo general, el pronóstico es funesto para el ojo, que termina en un glaucoma subagudo o se atrofia, no siendo raros los casos en que viene una oftalmía simpática a comprometer el otro ojo, cuando no es que la infección desde un principio ataca ambos ojos a la vez.