

casas importantes, y no pueden por lo tanto tratarse sino en obras especiales. Por lo demás, el encantis inflamatorio, fácil de conocer en su situación, nunca es completamente grave, ni reclama al principio mas tratamiento que el antiflogístico ni despues mas que la abertura, cuando ha comenzado la supuración.

## CAPÍTULO V.

### Enfermedades de la esclerótica.

La esclerótica es una membrana, fibrosa por excelencia, en cuya composición entran muy pocos vasos y nervios, de movimientos vitales bastante débiles, y con reacciones morbosas casi nulas. Es muy dudoso que dicha membrana pueda enfermar primitivamente. Es verdad que la escuela de Beer ensayó localizar en dicha membrana las oftalmías llamadas *reumáticas*. Pero esto es una oposición nacida de la analogía, antes que de una observación exacta. La que se considera como oftalmía reumática tiene lesiones y síntomas propios mas bien de la irido-coroiditis que de una inflamación de la esclerótica. La *escleritis escrofulosa de Mackenzie* es una enfermedad muy compleja, y en la cual se hallan extraordinariamente interesadas la córnea, la conjuntiva y las membranas profundas. La *oftalmía cataral reumática* tiene aun mayor importancia por la inflamación de la conjuntiva que por la ligera complicación inflamatoria del tejido epiesclerótico. Todo lo que han descrito últimamente los autores bajo la denominación de *esclero-coroiditis anterior* y *esclero-coroiditis posterior*, no es otra cosa que el resultado de las alteraciones de la coróides; porque sean cualesquiera las modificaciones de configuración y de textura que la esclerótica puede experimentar, nunca llegan á tener sino un valor secundario. No hay certeza respecto de que la enfermedad llamada por Amon *escleritis sub-conjuntival*, por Sichel (1) *inflamación parcial de la coróides y del tejido celular sub-conjuntivo*; y por Wecker (2) *episcleritis*, sea una afección primitiva. Además su historia se resume en pocas palabras: etiología indeterminada, y síntomas reducidos á la presencia de un tumorcito situado á 3 ó 4 milímetros de la córnea, y generalmente hácia la parte exterior. Constituida al principio por una manchita rojiza, gana poco á poco en altura y en extensión, tomando la forma de un botoncito del tamaño de una lenteja, se halla surcado por vasos diferentes; rara vez termina supurando, y todavía menos perforando la esclerótica; apenas ocasiona incomodidad y en nada altera la vista cuando la córnea no participa de la inflamación. Este tumorcito inflamatorio se re-

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 58.

(2) Wecker, *loc. cit.*, p. 241.

suelve con lentitud, y siempre que no haya producido adherencia de la coróides, concluye sin dejar la menor huella. El tratamiento consiste en aplicaciones emolientes. No es posible se confunda con la conjuntivitis pustulosa. (Véase esta afección, p. 892.)

Las consideraciones precedentes aconsejan que prescindamos de escribir un capítulo especial acerca de la inflamación de la esclerótica. Y no porque la vascularización anormal que presenta, y el reblandecimiento y adelgazamiento de su tejido dejen de ser el resultado de un trabajo inflamatorio, sino porque solo es consecuencia de afecciones propias de otras membranas.

Por lo demás, ya tendremos ocasión de explicarnos respecto de las deformaciones de la esclerótica, que concurren á impedir el acto visual, cuando tratemos de las enfermedades de la coróides.

## CAPÍTULO VI.

### Enfermedades de la córnea.

Aun siendo la córnea una dependencia de la esclerótica con quien guarda íntimas conexiones, se distingue de ella por caracteres anatómicos y funcionales demasiado importantes para dar á sus enfermedades una gravedad y una frecuencia de que carecen las de la esclerótica. Las tres partes que la constituyen, el epitelio de la cara anterior, la membrana de Descemet de la cara posterior, y su tejido propio compuesto de una sustancia homogénea y de corpúsculos de la córnea, son tan impresionables, que las menores alteraciones experimentadas por ellas perturban en seguida el cristal del ojo. No queremos decir con esto, sin embargo, que las enfermedades de la córnea sean generalmente primitivas. Por el contrario, casi siempre son consecuencia de inflamaciones de la conjuntiva por la cara anterior y de derivaciones de la inflamación de las membranas profundas por la posterior. En este capítulo estudiaremos sucesivamente: las *queratitis*; las *alteraciones que de ellas proceden*, es decir, los *abscesos*, las *úlceras*, las *manchas*, los *reblandecimientos*, los *estafilomas*, y en fin, el *tratamiento de las queratitis y de sus complicaciones*.

## ARTÍCULO ÚNICO.

### QUERATITIS.

La córnea no tiene vasos, ni aun rudimentos vasculares; y para los patólogos que crean que es imposible todo género de inflamación allí donde no existan elementos vasculares, la palabra queratitis habrá de borrarse del cuadro patológico. Así sucedería por lo menos,

según la opinión de Broca (1); pero las nuevas ideas admitidas acerca de la inflamación nos permiten ahora aceptar un proceso inflamatorio en los elementos de la córnea sin intervención alguna de los vasos. Este proceso tiene lugar en las células que se engendran y se multiplican, llenándose de elementos granulados y grasientos, y transformándose en glóbulos de pus. Y después, la irritación local produce con toda rapidez un hacecillo vascular que comunica con el de las partes inmediatas.

### § I.—Frecuencia.

Cuando se considera que casi todas las afecciones de los ojos vienen á parar en la córnea, y que es imposible que pasen desapercibidas para el enfermo las menores alteraciones de dicha membrana, desde luego se comprende cuán frecuente debe ser la queratitis. De 1942 enfermos de la vista alojados en la enfermería de Saunders, observó este 659 padecimientos de la córnea; y de 250 enfermos de igual órgano durante dos años, en el hospital de la Piedad, Velpeau asistió 125 afecciones de la córnea, es decir, la mitad (2).

### § II.—Division.

Wardrop fué el primero que dividió la queratitis, bajo el punto de vista anatómico, en tres variedades: *superficial*, *profunda é intersticial*, y esta división ha venido luego á admitirse por casi todos los oftalmólogos.

Las tres variedades referidas se subdividen á su vez en *queratitis agudas* y *queratitis crónicas*.

### § III.—Causas.

1.º *Causas predisponentes*.—La queratitis se observa con mas frecuencia en la infancia y juventud que en los demás períodos de la vida. La debilidad de constitución, primitiva ó adquirida, es una causa predisponente tan segura, que no recuerda Tyrrell haber hallado jamás un caso de corneitis pura entre sujetos dotados de buena constitución (3). De todas las diátesis, la escrofulosa es la mas susceptible de invadir la córnea durante la infancia mientras que la artrítica

(1) Broca, *Mémoire sur la cataracte capsulaire, avec quelques réflexions sur les affections désignées sous les noms de capsulite et de kératite* (Bulletins de la Société anatomique, 1853, p. 423).

(2) Velpeau, *Manuel pratique des maladies des yeux*. Paris, 1840, p. 186.

(3) Tyrrell, *Treatise on the diseases of the Eye*, 1841, p. 347.

y la gotosa, en tanto que llegue á demostrarse su influencia solo invadirá la córnea de los ancianos y de aquellas personas que hayan padecido de gota (1). La sífilis hereditaria, aunque mas propia de las membranas profundas, no dejaría de tener gran influjo, según Hutchinson (2), en el desarrollo de una queratitis intersticial que observó especialmente en unas niñas de edad de diez á quince años.

Las fiebres continuas graves, verdaderas diátesis agudas, la fiebre tifoidea, el tifus, la fiebre con recargo suele determinar muchas veces ataques de queratitis, ya por introducir modificaciones profundas en la nutrición de los ojos; ya, como pretende Trousseau (3), por dejar expuestas permanentemente la córnea á los accidentes atmosféricos, en virtud á la constante abertura é inmovilidad de los párpados durante el período comatoso de las fiebres continuas tíficas.

La convalecencia de las enfermedades largas coloca á los pacientes casi en idénticas condiciones que la inanición, y por ello mismo llega á ser otra causa predisponente de queratitis. Esta variedad se ha descrito con el nombre de *queratitis post-febril*.

Las fiebres eruptivas á su vez son tambien causas predisponentes y ocasionales. La queratitis se presenta con mas frecuencia en el sarampion que en la escarlatina, pero es mas grave y mas comun en la viruela que en el sarampion. La queratitis variolosa se produce durante la evolucion de la pústula y tambien durante la convalecencia. En este último caso, se desarrolla al mismo tiempo que los abscesos subcutáneos, cuya significacion patológica es idéntica. Dumont, médico de los *Quinze-Vingts*, afirmaba que en 1856 la viruela no era causa de ceguera sino para las siete centésimas partes de los ciegos (5), mientras que antes del descubrimiento de la vacuna, la viruela determinaba 35 casos de ceguera por cada 100.

*Causas ocasionales*.—Entre todas las causas ocasionales, susceptibles de producir queratitis, no hay otras mas activas que aquellas que tienen origen en la inflamación de la conjuntiva y en las deformidades de los párpados por consecuencia de oftalmías purulentas. Las numerosas y tenaces granulaciones de que ya hemos hablado al tratar de la conjuntivitis granulosa endemo-epidémica, nunca tienen larga duracion sin alterar la córnea. La triquiiasis (desviación de las pestañas), el entropion y el ectropion son causas ocasionales y permanentes de queratitis; y la mayor parte de ellas actúan como cuerpos extraños y agentes vulnerantes. Queda por indicar la última

(1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 855.

(2) Hutchinson, *Différentes formes d'inflammation de l'œil, consécutives à la syphilis héréditaire* (Annales d'oculist., 1860, t. XLIV, p. 34, et *Ophthalmie hospital Reports and Journ. of the Royal London ophthalmic Hospital*).

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.ª edición, t. I, artículo DOTHÉNENTÉRIE.

(4) Dumont, *Recherches statistique sur les causes et les effets de la cécité*, 1856.

causa de queratitis, ó sea la pérdida de funciones del trigémino á consecuencia de una progresion que actúe sobre los filetes nerviosos que se distribuyen en los órganos secretores de los párpados y que presiden la nutrición de la córnea.

#### § IV.—Síntomas.

Los síntomas comunes á todas las variedades de queratitis son una vascularizacion anormal, nebulosidades, reblandecimientos, abscesos, úlceras, dolores intra-oculares y circunorbitarios, fotofobia y alteraciones mas ó menos extensas de la vision; síntomas que conviene estudiar en todas las variedades de queratitis.

1.º **Queratitis superficial.**—*Síntomas objetivos.*—Ya sea general ó parcial, la queratitis superficial está caracterizada por una vascularizacion anormal y por el aspecto turbio de la córnea. Los vasitos sanguíneos que la surcan parten de la circunferencia y se extienden por toda la superficie de la córnea, ó se detienen en las partes próximas á dicha circunferencia. En éste último caso, su conjunto tiene la forma de una placa seminular ó triangular, cuya base se halla contigua á la conjuntiva. Estos vasitos, que están muy ramificados, se dirigen en forma de radios hácia el centro de la córnea. El aspecto brillante de la sustancia córnea ha desaparecido para dar lugar á un ligero color blanquecino análogo al que se ha producido cuando echamos el aliento sobre un espejo. Segun unos, dicho color depende de un derrame de linfa plástica por debajo de la capa epitelica, y segun otros, resulta de una proliferacion de las células epitelicas y de las células plasmáticas que están mas profundas. En las queratitis superficiales crónicas, los vasos vienen á ser mas abundantes y mas gruesa la capa epitelica; de lo cual resulta cierto matiz agrisado que comunica á la córnea el aspecto sucio que ha dado origen al nombre de *pannus crassus*. Dicho color gris sufre modificaciones que se hallan en relacion con el número de los vasos, siendo unas veces bastante débil para permitir que se vea distintamente la abertura pupilar, y no presentándose otras sino de una manera muy confusa. Cuando la enfermedad tiene alguna intensidad, desaparecen las células epitelicas en muchos puntos, y de ello viene ese aspecto de *panal* fácil de percibir con el alumbrado oblicuo.

En algunos parajes circunscritos, la lámina epitelica se levanta bajo la forma de vesicula ó de pústula. Entonces, y como ya hemos dicho al hablar de la **CONJUNTIVITIS FLICTENOSA**, las referidas vesículas aparecen, ya en el borde de la córnea ó ya acumuladas hácia el centro del cristalino por el hacecillo vascular que las arrastra, dejando á su paso una faja lechosa é indeleble generalmente. A. Bérard describía esta variedad de queratitis con el nombre de *queratitis ahu-*

*sada* (1). De Graefe (2), Weber (3), y Bowman antes que ellos, indicaron cierta forma de queratitis superficial y parcial caracterizada por una ó varias vesículas transparentes que se han comparado con las del zona. Estas vesículas desaparecen generalmente con gran facilidad, y sin dejar huella alguna; pero tambien suelen reproducirse una ó dos veces, dejando en su lugar un colorcito opalino que no persiste durante mucho tiempo.

*Síntomas fisiológicos.*—En los casos mas sencillos, sin flictenilla, ni vesícula herpetiforme, el enfermo solo experimenta un ligero dolor; ni padece fotofobia ni lagrimeo. Cuando se determinan sobre la córnea las erupciones de que acabamos de hablar, suele haber dolores ciliares y una fotofobia exageradamente intensa. Los dolores referidos se notan mucho mas entre los niños, á quienes no es muy fácil hacer que abran los ojos, cerrados entonces espasmódicamente.

Quando la queratitis superficial depende de una causa accidental ó pasajera, entonces tiene una marcha rapidísima y obtiene una pronta curacion. En el caso contrario, y hallándose bajo la dependencia de un estado constitucional diatéxico, la duracion es mucho mayor y su fin no tan sencillo. O bien se sobreponen y oscurecen las capas epitelicas, si la inflamacion llega sobre todo á las capas subyacentes; ó bien adelanta la vascularizacion penetrando diferentes redes vasculares en la membrana de Bowman y en las capas superficiales de la córnea, de lo cual resulta un pannus mas ó menos indeleble; ó bien se determinan desde luego unas ulceraciones superficiales que no tardan en adquirir profundidad. Esta complicacion última se observa mas particularmente en la queratitis flictenosa ó escrófulosa.

El *diagnóstico* que no ofrece grandes dificultades, se funda especialmente en los síntomas objetivos, en el aspecto empañado de la córnea, en su vascularizacion superficial y en la falta ó escasa intensidad de la red pericórnea situada sobre el tejido sub-mucoso de la conjuntiva. El *pronóstico* se deduce de la causa de la afeccion y de su antigüedad. En igualdad de circunstancias, la queratitis flictenular es mas grave que las otras variedades, porque generalmente ataca á niños escrófulosos, miserables ó sujetos á malas condiciones higiénicas.

2.º **Queratitis intersticial, diseminada y parenquimatosa.**—Sigue á lar forma anterior y se establece de corrido, por decirlo así. Entonces se invade el tejido propio de la córnea.

*Síntomas objetivos.*—La opacidad reside en el espesor de la córnea; es parcial ó general, y su color varía mucho segun el período de la inflamacion. Pasa sucesivamente por distintos matices, que ha indi-

(1) Denonvilliers y Gosselin, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, página 463.

(2) De Graefe, *Archiv. für Augenheilkunde*, Band II, Abtheilung I, S. 206.

(3) Weber, *Idem*, Band VIII, Abtheilung I, S. 60.

cado Velpeau (1) y que son: el verdoso, el parduzco, el amarillento y el pajoso ó de piedra de chispas. Los vasos de la conjuntiva se inyectan como en la queratitis superficial; pero debajo de ellos se dibuja el *anillo periquerático*, compuesto de muchos vasitos sueltos y paralelos que van desde la periferia al centro.

*Sintomas fisiológicos.*—Cuando la opacidad invade ya toda la extensión de la córnea, la vista se halla próxima á extinguirse, y el enfermo solo ve á través de una espesa nube. Los dolores no son siempre extraordinariamente agudos; pero llegan á considerarse como insoportables desde el instante en que la inflamación se propaga al círculo ciliar y al iris. Entonces hay fotofobia y lagrimeo y dolores nerviosos que abrazan las sienas y la region frontal.

*Curso, duración y terminación.*—La queratitis intersticial tiene á veces una marcha muy rápida, como la de las oftalmías purulentas y contagiosas, y á veces lenta y progresiva de la circunferencia al centro, pareciendo entonces crónica desde luego. Su duración es indeterminada; pero por poco que tarde en resolverse, las células propias de la córnea, que al principio solo experimentan un aumento de volumen y una especie de degeneración adiposa (2), se trasforman en seguida en glóbulos purulentos. Entonces se manifiestan abscesos, y después fistulas y ulceraciones. El tejido propio se ablanda y no ofrece ya suficiente resistencia contra la presión interior, de donde viene la formación de un estafiloma general ó parcial. En esta variedad de queratitis es donde se observan con mas frecuencia manchas profundas muy opacas, por consecuencia de los abscesos y de la cicatrización de sus cavidades, y además la degeneración grasosa y fibrosa de las células propias de la córnea.

*Diagnóstico.*—No puede confundirse con el de la forma precedente ó con la queratitis profunda. La inspección por medio del alumbrado oblicuo solo es susceptible de precisar el sitio de la inflamación.

El *pronóstico* siempre es grave. Cuando la enfermedad resulte de una causa traumática, de cuya acción pueda sustraerse el paciente con prontitud, se logrará curarla por medio de un tratamiento enérgico, dejando intactas las funciones visuales. Desgraciadamente, por consecuencia de la supuración de la córnea y de su reblandecimiento es por lo que se observan esas destrucciones de los ojos, tan frecuentes en las oftalmías purulentas; y de aquí que el pronóstico tenga que considerarse como gravísimo, hablando en tésis general.

3.º *Queratitis profunda.*—No se hallan de acuerdo los autores sobre la primitiva situación de esta variedad de queratitis. Sichel (3) cree

(1) Velpeau, *Manual pratique des maladies des yeux*, p. 190.

(2) R. Virchow, *La pathologie cellulaire, basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus*, traduit de l'allemand, sur la seconde édition, par Paul Picard. Paris, 1866, xiv leçon, p. 280.

(3) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 11, y figuras: láminas VI, figura 1; VII, fig. 6; XI, fig. 1.

que se desarrolla primero en la córnea, y la describe con el nombre de *queratitis no vascular primitiva*. Wecker (1) insiste acerca de las alteraciones del iris, y supone que la membrana de Descemet solo se afecta de un modo secundario. Velpeau (2), hablando de esta afección, dice que aun no se la conoce bien y que se han confundido con ella muchos casos de iritis. Desmarres (3) ha descrito dicha afección, bajo el nombre de *queratitis punteada*, fijando su situación, ya en la conjuntiva, ya en la membrana de Descemet. Finalmente, Mackenzie la describe con el nombre de *acuo-capsulitis*. Y de todas las opiniones expuestas se deduce que cualquiera que sea su punto de partida, la queratitis profunda ataca sucesivamente distintas regiones, próximas todas á la membrana de Descemet ó en contacto directo con ella.

*Sintomas objetivos.*—Desde el principio de la afección (4), y cuando se examina la córnea cuidadosamente, se observan en su centro algunos puntitos ó plaquitas grises ó azuladas, del tamaño de una punta de aguja y sin presentar salientes ni profundidades. Estos puntos no se remontan por encima de la pupila; al contrario, descienden hácia la circunferencia inferior de la córnea, bajo la forma de un triángulo bastante regular. Su conjunto tiene mucho parecido con la piel de la cara, después de haberla afeitado. En los espacios que ocupan, la córnea se presenta como si estuviese picada, conservando por todas partes su transparencia, y aun sobre los mismos puntitos, cuyo asiento parece que varía muy á menudo. Unas veces puede suponerse que se hallan colocados en la superficie externa de la córnea, y otras veces hay que admitir que existen á mayor profundidad. Dichos puntitos nunca aparecen sino en una ó en otra superficie de la córnea debajo de las serosas que rodean á esta membrana. Lo mas frecuente es que se hallen bajo la membrana del humor acuoso, y allí puede verse con facilidad, mirando la córnea de costado, que las laminas externas conservan su transparencia normal. La afección, por consiguiente, comienza en las serosas de la córnea, invade poco á poco el tejido propio de dicha membrana, y se propaga á la de Descemet y á todas las demás del ojo...

*Sintomas subjetivos.*—Al principio se queja el enfermo de un enturbiamiento de la vista, que compara con una neblina sin experimentar dolor, ni sensación de cuerpo extraño alguno debajo de los párpados. Algunas veces percibe moscas volantes transparentes, y entonces suele tomarse la enfermedad en el concepto de ambliopía, sin la menor complicación por parte de la córnea. En este grado, ni hay fotofobia, ni lagrimeo. Pero cuando llegan á multiplicarse los puntitos opacos, el enturbiamiento de la visión crece de un modo considerable. El enfermo se vuelve miope poco á poco, y su vista dismi-

(1) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 287.

(2) Velpeau, *loc. cit.*, p. 200.

(3) Desmarres, *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 245.

(4) Desmarres, *loc. cit.*

nuye hasta el punto de que le sea imposible dirigirse de un lado á otro.

*Curso, duracion y terminacion.*—Esta enfermedad sigue su curso con excesiva lentitud, aunque en la mayoría de los casos pueda desaparecer en el plazo de algunas semanas. Generalmente, los puntos ó placas, á pesar de su mínimo diámetro, no se borran por completo.

*Diagnóstico.*—La pérdida progresiva de la vista, sin vascularización aparente de la córnea, la presencia de moscas y la falta de toda especie de dolor, hacen que se confunda esta enfermedad con una ambliopía, si se la observa rápidamente. Pero la inspección detenida de ella por medio del alumbrado oblicuo, resolverá cualquier obstáculo que se presente.

*Pronóstico.*—El pronóstico que resulta de las consideraciones anteriores, se halla en relacion con el número y la amplitud de los depósitos pigmentarios y con el oscurecimiento de la vista.

Sería una verdadera imprudencia prometer la curación inmediata de dicha enfermedad, después de haberla visto Desmarres estacionarse durante más de diez años.

Antes de proceder al tratamiento, y para no dividir hasta el infinito la historia de la queratitis, vamos á hacer una descripción sucinta de sus complicaciones, expuestas generalmente por los patólogos en artículos aparte.

#### § V.—Consecuencias y complicaciones de la queratitis.

##### 1.º PANNUS.

Consiste en un desarrollo anormal de los vasos, de tal suerte que los superficiales amplían á los de la conjuntiva, y los más profundos á los de la esclerótica. His (1), en un estudio que ha hecho acerca del desarrollo de los vasos sobre la superficie de la córnea, atribuye su formación á una hipergénesis de las células fusiformes de la túnica adventicia de los capilares. Estas células fusiformes se apoyan bajo la forma de cono sobre la pared de los papilares, la cual desaparece probablemente poco á poco, permitiendo que la sangre afluya en el medio de las células fusiformes y que se distribuyen en conductos vasculares.

Hay dos formas de pannus: el *pannus ténue* y el *pannus sarcomatoso*; el primero pertenece á los períodos agudos de la queratitis, y el segundo á los períodos crónicos. El uno se compone solamente de muy pocos vasos; mientras que el otro tiene muchos vasos anastomosados entre sí, de manera que dan á la córnea el aspecto de un trapo rojo. El *pannus ténue* puede extinguirse sin dejar huella alguna; pero el *pannus sarcomatoso*, en virtud del desarrollo del tejido

(1) His, *Archiv. für Ophthalmologie*. Berlin, Band IV, Abtheilung I, S. 365.

celular que rodea á los vasos y que se organiza, es sumamente rebelde á los medios terapéuticos. Cuando al retraerse el tejido nuevamente formado, ataca á los vasos y detiene la circulación, resulta un enturbiamiento considerable de la córnea, y una especie de suciedad que recibe el nombre de *pannus craso*. Con la vascularización anormal de la córnea coinciden generalmente las manchas y las úlceras. La vista se extingue por completo en el pannus sarcomatoso, excepto cuando este se circunscribe á una parte de la córnea (1).

##### 2.º ABSCESO.

A consecuencia de la queratitis intersticial es como casi exclusivamente se observan los abscesos de la córnea. No siempre se necesita de una inflamación muy aguda para determinarlos. En la córnea aparecen abscesos frios é indolentes durante la convalecencia de algunas enfermedades largas que llevan consigo la supuración de diferentes partes del cuerpo. Los abscesos que se manifiestan en las parálisis del quinto par, por causa de tumores cerebrales y de ciertas afecciones del cerebro son indolentes, carecen de vascularización y de reacción inflamatoria, y se designan con el nombre de *neuro-paralíticos*. Según esto, los abscesos pueden dividirse en *esténicos* y *asténicos* ó indolentes. Los primeros van acompañados de fotofobia, de lagrimeo y de inyecciones peri-queráticas y córneas; los segundos no tienen síntoma alguno de estos. Los abscesos de la córnea nacen aisladamente, por puntos opacos y amarillentos que no tardan en acumularse entre las capas de la córnea y en dirigirse hácia las partes más bajas. Cuando los focos purulentos se reúnen en la parte inferior de la córnea bajo la forma de una media luna, cuya concavidad mira hácia arriba, llevan el nombre de *onyx* ú *onice*.

Los autores han discutido mucho acerca de la naturaleza del contenido de dichos abscesos. Algunos no creen la posibilidad siquiera de que haya una verdadera supuración en el tejido de la córnea. Las investigaciones microscópicas demuestran de un modo positivo que hay glóbulos purulentos en los abscesos de la córnea, y además que éstos se encuentran mezclados con muchos núcleos pequeños, con glóbulos grasos y con restos desprendidos del tejido ablandado de la córnea.

Los abscesos de la córnea son superficiales ó profundos. Estos tienen color amarillento, y no ofrecen la menor salida al exterior; aquellos afectan coloración azul y se destacan sobre la conjuntiva. El alumbrado oblicuo permite apreciar con la mayor facilidad la posición de los abscesos y los trayectos fistulosos que recorre el líquido purulento para dirigirse entre las laminillas de la córnea hácia lo más profundo de ella y llegar á invadir la cámara anterior del ojo.

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, 1852, pl. VII, fig. 4, 5, 6.