

4.º Alumbre..... 2 gram. | Azúcar..... 4 gram.  
 Oxido de zinc..... 2 gram. |  
 Mézesele (1).

Cuando ninguno de los procedimientos anteriores ofrezcan resultado y el pannus quede estacionario, por falta de suficiente reaccion, podremos permitirnos intentar la inoculacion de la sustancia gonorréica. Pero como esta práctica, introducida en la ciencia el año de 1812 por Jæger, y muy usada despues por los médicos belgas (2), ofrezca peligros, será preciso que nos abstengamos de ella cuando haya un ojo solo enfermo, cuando existan ulceraciones de la córnea y cuando todavía pueda tener lugar el acto de la vision. La oftalmía purulenta artificial que se origina de este modo, deberá tratarse como la oftalmía espontánea, si amenazare á la córnea. Muy buenos resultados se obtienen con dicho método, pero hay que temer con él las recaídas, cuando despues de la curación no se ha terido el cuidado ó han faltado recursos para extinguir la causa que produjo el pannus.

*Medios quirúrgicos.*—La *seccion* de los vasos, recomendada primero por Scarpa, y practicada despues con diferente éxito por varios autores, vuelve á ser últimamente objeto de preferencia por Furnari (3). Este autor efectúa la escision de la conjuntiva alrededor de toda la córnea y hasta la esclerótica en la extension de 3 milímetros. Pero tan enérgico procedimiento es imposible que se utilice sino en casos completamente desesperados; del mismo modo que la extirpacion del pannus, aunque este último método descrito por Jüngken (4), haya producido una vez el mejor efecto entre las manos de Stœber (5).

2.º *Absceso de la córnea.*—Una vez que se esté tratando la queratitis que lo origine, en la forma expresada, la única cuestion que se presenta es la de saber si se ha de abrir ó no el absceso. Todos los prácticos mas experimentados acerca de este punto se reservan cuanto pueden el uso de los instrumentos cortantes, y solo aconsejan servirse de ellos cuando el absceso tenga una extension considerable con tendencia á ocupar toda la córnea y hacerse paso en la cámara anterior. Conviene, pues, en la mayor parte de los casos, esperar la reabsorcion del pus ó su evacuacion espontánea, combatiendo por los medios ya expuestos los dolores ciliares y la fotofobia. Están seriamente contraindicadas las aplicaciones irritantes.

3.º *Úlceras de la córnea.*—El tratamiento difiere segun que se dirige sobre ulceraciones agudas ó ulceraciones crónicas. En el primer

(1) Émile Martin, *loc. cit.*, p. 204.

(2) Wariomont y Testelin, *in* Mackenzie, t. II, p. 167.

(3) Furnari, *De la tonsure conjonctivale et de son efficacité contre les lésions pan-niformes de la cornée*. Paris, 1862.

(4) Jüngken, *Die Lehre von Augenoperationen*. Berlin, 1829, p. 532.

(5) Stœber, *Rapport sur la clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine de Strasbourg (Gacete médicale, 1855, p. 415)*.

caso, deben abandonarse las cauterizaciones con los cáusticos que Scarpa, Samuel Cooper y Sanson usaban en todo género de circunstancias y para toda clase de úlceras. Pero está perfectamente demostrado que el mal se agrava mucho, que los dolores se sobrecitan, y que la ulceracion se activa en vez de disminuir por la influencia del cáustico. Lecalvé (1) ha dado á conocer los desastrosos efectos del método de Sanson, contra el cual se sublevan hoy todos los médicos racionales.

Durante el período agudo de la úlcera de la córnea, aparte de la medicacion especial que se dirija contra la queratitis que la dé origen es preciso hacer instilaciones frecuentes de atropina y fricciones con belladona alrededor de la órbita, esperando que la úlcera se cicatrice naturalmente.

Cuando sea inminente la perforacion de la córnea, Desmarres (2) recomienda acostar al enfermo de espaldas, procurando, hasta donde sea posible, su inmovilidad y que tenga la cabeza baja; aplicar sobre el ojo compresas ligeramente humedecidas con el líquido siguiente de cinco en cinco minutos, y aprovechar instantes para introducir una gota del mismo líquido entre los párpados con las mayores precauciones, para no ejercer la menor presion sobre el globo.

Agua destilada.....	1 litro.	Belladona.....	50 gram.
Beleño.....	50 gram.		

Infúndase y dilúyase en el producto:

Extracto de belladona.....	20 gram.
----------------------------	----------

Filtrese y rodéese de hielo.

Pero si la ulceracion fuere ya ancha y profunda, y estuviese la cámara anterior llena de pus, en vez de impedir por el método anterior la perforacion de la córnea, lo que convendrá será abrir la catarata con lanceta ó con queratotomo. Por este medio disminuye la tension interior, los bordes de la úlcera pueden llegar á reunirse, y la cura parece en condiciones de llevarse á cabo (3).

Cuando la fistula se vuelve permanente y el iris llega á constituir hernia, es preciso insistir ya con los midriásicos, y aun hacer la excision del iris si el prolapsus fuere considerable. Desgraciadamente resulta entonces una hendidura del ojo ó una catarata capsular. La fistula cede todavía difícilmente, sin perjuicio de haber desbridado sus bordes (4), y hay precision de excitar éstos por medio de cauterizaciones ligeras con el sulfato de zinc disuelto ó con un lápiz de sulfato de cobre. Las aplicaciones de compresas de agua caliente sobre los

(1) Lecalvé, *Journal de la Société de médecine pratique de Montpellier*, 1842.

(2) Desmarres, *loc. cit.*, t. II, p. 288.

(3) Monteath, *Glasgow medical Journal*, 1825, vol. II, p. 133.

(4) Wecker, *loc. cit.*, p. 314.



párpados, así como las instilaciones de agua laudanizada y aun de láudano puro, son muy á propósito. Pero ninguno de estos medios dará resultado, sino se encamina á la causa que produjo la queratitis, sino se ayudan las fuerzas del enfermo, y sino se rehace su constitución destruida por la diátesis escrofulosa y la miseria.

**Opacidades de la córnea.**—Tan probable es esperar la curación de un nefelion reciente, cuanto peligroso prometerse la del albugo y del leucoma.

**Medios medicinales.**—Todos estos actúan determinando en la córnea un estímulo necesario para que se absorba la mancha. Se ha aconsejado con este objeto y abandonado desde luego una infinidad de colirios y de polvos irritantes y corrosivos. Su número es incalculable, y respecto de su eficacia hay que decir que no ofrece seguridad en la mayor parte de los casos.

Mackenzie (1) elogia mucho el uso del ácido cianhídrico. Para emplearle toma una botellita, cuya boca tiene la forma de un baño de ojos; pone en su fondo algunas gotas de dicho ácido; abre el ojo, y le aplica durante algunos minutos en la boca del frasco. Este procedimiento le ha producido buenos resultados tratando el nefelion y aun el albugo y leucoma vascular.

Los colirios con sulfato de zinc, sulfato de cobre, nitrato de plata y aun sulfato de cadmio, el láudano y otras muchas sustancias actúan de igual manera. Ninguna de ellas goza de propiedades específicas, y la mayor parte quedan sin efecto (2).

Bastará que citemos algunas de las preparaciones siguientes, que tomamos de Emilio Martin (3).

Contra el nefelion, los colirios con:

Clohidrato de amoniaco... 50 centíg.	Glicerina..... 15 gram.
Láudano de Sydenham... 20 gotas.	

Mézclese.

ó bien:

Bicloruro de mercurio... 15 centíg.	Glicerina..... 15 gram.
Láudano de Sydenham... 1 gram.	

Contra el albugo, la pomada siguiente:

Ioduro de potasio..... 20 centíg.	Manteca fresca y lavada. .. 4 gram.
Iodo..... 2 gram.	

Si la mancha tuviese aspecto cretáceo:

- (1) Mackenzie, *loc. cit.*, t. I, p. 644.
- (2) Velpeau, *loc. cit.*, p. 232.
- (3) Émile Martin, *loc. cit.*, p. 199.

Aceite de nueces..... 4 gramos.	Potasa cáustica..... 30 centíg.
Aceite de hígado de bacalao. 6 gram.	

Mézclese y colóquese sobre la opacidad con un pincel.

Contra el leucoma, tenemos los polvos siguientes:

Calomelanos..... 4 gram.	Azúcar refinado..... 4 gram.
Ipecacuana..... 4 gram.	

ó bien:

Subnitrito de bismuto... 1 gram.	Azúcar..... 4 gram.
Oxido rojo..... 50 centíg.	

Mézclese.

En circunstancias completamente especiales, como la de las manchas producidas por la proyección de la cal sobre la superficie de la córnea, Gosselin (1) ha aplicado ventajosamente una solución de azúcar con el objeto de transformar la cal en sacarato soluble.

La electricidad aplicada en forma de corrientes continuas sobre la mancha de la córnea, por Usiglio de Corfou (2) y el doctor Turck (3), no ha producido mas que resultados insignificantes.

**Medios quirúrgicos.**—Son tan infieles como los medicinales. Sin embargo, las manchas metálicas podrán quitarse muchas veces con una aguja de catarata. En cuanto á la incisión de los vasos que van á parar á la opacidad, á la abrasión de la opacidad misma (4), y en algunos casos extremos, á la trasplatación de la córnea (5), todos son medios que no ofrecen sino un éxito problemático.

Cuando la mancha solo ocupa parte de la abertura pupilar puede hacerse uso, estando comprometida la vista de ambos ojos, de pupilas artificiales ó de gafas de Donders (6), compuestas de un diafragma metálico con una abertura destinada á impedir la difusión de los rayos luminosos.

**Estafilomas.**—Su tratamiento casi se funda en los mismos principios que el de las manchas; por lo cual es inútil reproducirlo. Sin embargo, en los casos graves hay muchas veces la precisión de se-

(1) Gosselin, *Mémoire sur l'ophtalmie causée par la projection de la chaux dans l'œil* (*Arch. génér. de méd.* Noviembre 1855, 5.<sup>a</sup> série, t. VI, p. 513).

(2) Usiglio (de Corfou), *Annali universali di Medicina*, 1844.

(3) Turck, *Albugo traité avec succès par le galvanisme* (*Annales d'oculistique*, tomo XXVIII, 1852, p. 223).

(4) Malgaigne, *Comunicacion á la Academia de Ciencias*, 5 Mayo 1855.

(5) *Annales d'oculistique*, t. III, surélémentaire, p. 180.—Desmarres, *Note sur la kératoplastie* (*Ann. d'ocul.*, 1843, t. X, p. 183).—Feldmann, *Nouvelles expériences sur la kératoplastie* (*Ann. d'ocul.*, 1844, t. XI, p. 149, y t. XII, p. 255). Véase tambien t. XVI, p. 93.

(6) Donders, *Archiv für Ophthalmologie*, Band I, Abtheilung I, S. 251.



parar la parte prominente por medio de procedimientos que se detallan en los Tratados especiales.

El plan para combatir los *reblandecimientos* considerables y la gangrena consiste en moderar la inflamación, si es demasiado aguda; en verificar desbridamientos sobre el quemosis; en reconstituir las fuerzas del enfermo, cuando estuvieren agotadas por una larga enfermedad, y en establecer una ligera compresión sobre el globo del ojo para impedir que se produzcan estafilomas. Desgraciadamente, hágase lo que quiera, la destrucción del ojo tiene lugar y la vista se pierde sin remedio.

## CAPÍTULO VII.

### Enfermedades del iris.

La textura delicada de este velo membranoso colocado entre ambas cámaras, su riqueza de vasos y de nervios, y su íntima conexión con otra membrana esencialmente vascular, llamada coróides, explican muy bien la frecuencia y la gravedad de las inflamaciones que de él se apoderan; aunque su posición profunda, al abrigo de los accidentes atmosféricos y de los agentes vulnerantes parezca conservarle en condiciones bastante favorables. Dejando á un lado la enfermedad descrita por los autores con el nombre de *acuo-capsulitis*, de que ya hemos hablado con motivo de la queratitis posterior y que todavía recordaremos á propósito de las complicaciones de la iritis, vamos á tratar solo en este capítulo de la *iritis aguda*, con sus tres grados, de la *iritis crónica* y de las *alteraciones funcionales del iris*.

#### 1.º IRITIS AGUDA.

##### § I.—Historia y bibliografía.

Aunque los oftalmólogos antiguos conocieron positivamente la inflamación del iris, no llegaron á describirla como una afección especial y aislada. Y necesario es que avancemos hasta principios del siglo XIX para encontrar nociones acerca de la iritis. Beer, en 1799, indicó los principales caracteres y aun llamó sobre ella la atención de sus compatriotas. Hoy, gracias ya á los trabajos emprendidos en todos los países, la historia de la iritis deja muy poco que desear. Los principales autores que la han estudiado son: Schmidt (1), Travers (2),

(1) J. A. Schmidt, *Ueber Nachstaar und Iritis*, Wien, 1801.

(2) Travers, *On Iritis*, in *Surg. Essays*, part. I.

Gimelle (1), Montheath (2), Velpeau (3), Ricord (4), Duval (5), Tavignot (6), Foucher (7), Dupré (8), Hutchinson (9) y algunos otros autores que tendremos ocasión de señalar en el curso de este artículo.

##### § II.—Frecuencia.

Recorriendo varios datos estadísticos, llama desde luego la atención el considerar que la iritis está muy lejos de ser una afección igualmente frecuente para todos los observadores. Mientras que Saunders cuenta 38 casos de iritis entre 1942 enfermedades de ojos y Watton halla 10 ejemplos de dicha inflamación por cada 248 casos de oftalmía, Velpeau señala 5 casos entre 200 enfermos.

##### § III.—Division.

La escuela etiológica ha admitido muchas variedades de iritis, que se distinguen mas bien por la causa presunta de haberlas originado que por sus síntomas y consecuencias terapéuticas. Las únicas inflamaciones específicas del iris son aquellas que se pueden referir á un origen venéreo: *iritis blenorragica* é *iritis sífilítica propiamente dicha*. Las otras especies descritas por los autores tienen demasiado parecido para que pueda distinguirlas entre sí. Bajo el punto de vista de la intensidad de la inflamación, se admiten tres grados generalmente. Ammon (10) ha tratado de referir el primer grado á la inflamación de la serosa anterior; el segundo á la del tejido propio del iris, y el tercero á la de la serosa posterior. Gosselin y Denonvilliers (11) hacen notar, con razón, que es muy difícil comprender que en una membrana tan delgada y cuyos elementos se hallan enlazados de una manera tan íntima, pueda ocupar la inflamación una sola capa, con exclusión de las demás. Para ellos la membrana se invade toda

(1) Gimelle, *Notice sur la nature et le traitement de l'iritis* (*Journal universel des sciences médicales*, 1818, t. XI, p. 257).

(2) G. C. Monteath, *Essay on Iritis* (*Glasgow med. Journ.* 1829, t. II).

(3) Velpeau, *Dictionnaire en 30 volúmenes*, t. XVII, artículo IRITIS.

(4) Ricord, *De l'iritis syphilitique* (*Ann. d'ocul.*, Bruxelles, 1856, t. XXXVI, página 265).

(5) Duval, *Note sur les affections vénériennes de l'œil et sur une forme insidieuse de l'ophtalmie syphilitique* (*Gazette médicale*, 1848, p. 2).

(6) Tavignot, *Iritis syphilitique* (*Gazette des hôpitaux*, 1848, p. 225 y 261).

(7) Foucher, *Des déformations de la pupille* (*Revue méd.-chir.*, 1849).

(8) Dupré, *Des affections syphilitiques du globe de l'œil*, tésis de Paris, 1853.

(9) Hutchinson, *Iritis aiguë dependant de la syphilis héréditaire* (*Ann. d'ocul.*, Bruxelles, 1859, t. XLI, p. 43).

(10) Ammon, *Korestenoma congenitum, vive organique de l'iris, non encore décrit* (*Gazette médicale de Paris*, 1840, p. 249).

(11) Gosselin et Denonvilliers, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, página 497.