

rion (1), atribuyen gran utilidad al centeno cornezuelo tomado como rapé ó ingerido en el estómago; pero lo cierto es que no siempre produce igual éxito.

Serre (de Uzés) aconseja tocar la córnea cerca de su punto de union con la esclerótica, por medio de un lápiz de nitrato de plata bien afilado, manteniéndole fijo durante un segundo. Cuatro casos satisfactorios obtuvo la comision encargada de comprobar el trabajo de Serre, de Uzés (2).

Desmarres (3), de Graefe y Grommüller, recomiendan que lea el enfermo caracteres microscópicos y que cierre y abra los párpados con mucha rapidez.

El *haba del Calabar*, este miósico por excelencia, ha prestado ya y de seguro que continuará prestando eminentes servicios. Segun Harley, se puede emplear el polvo interiormente en dosis de 5 á 30 centigramos, comenzando por 5 y aumentando poco á poco. Su extracto, disuelto con glicerina y extendido en papelititos graduados obra perfectamente.

#### b. MIOSIS.

Nace en condiciones enteramente opuestas á las que producen la midriasis, *siendo sintomática* de una inflamacion de la retina que reacciona sobre el motor comun, ó de una irritacion encefálica extensible á la base del cerebro en el punto de emergencia del tercer par. Puede ser simpática de una lesion intestinal de larga duracion, y se observa con mucha frecuencia en casos de ataxia locomotriz avanzada (4). Gairdner (5) y Willebrand (6) han referido ejemplos de miosis simultánea con tumores cervicales que interesaban probablemente las ramas cervicales del gran simpático; y estos mismos hechos concuerdan con otros experimentos practicados sobre animales, donde produciéndose en el principio la dilatacion de la pupila por medio de la seccion del simpático en la region cervical, acaba siempre convirtiéndose en una pronunciadísima estrechez. Finalmente, la costumbre de trabajar sobre objetos muy pequeños, próximos y poco alum-

(1) Hairion, *Rapport sur les memoires envoyés au concours de 1851-1853, sur la question suivante: Exposer l'influence respective des différents nerfs sur les mouvements de l'iris* (Annal. d'oculist., 1855, t. XXXIII, p. 41).

(2) Serre (de Uzés), *De la cautérisation de la cornée pour corriger d'une manière prompte et sûre les altérations de la vue avec dilatation des pupilles* (Arch. génér. de méd., 1828, 1.ª série, t. XVII, p. 307).

(3) Desmarres, *loc. cit.*, t. II, p. 499.

(4) Trouseau, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, artículo ATAXIE.—Véase A. Voision, *Phénomènes oculo-pupillaires dans l'ataxie locomotrice* (Gazette hebdomadaire, 1864).

(5) Gairdner, *Manual of the nervous diseases, of man*, 1855, vol. II, p. 299.

(6) Willebrand, *Observation de myosis comme preuve pathologique de l'influence du sympathique sur les fibres radiées de l'iris* (Annal. d'oculist., 1854, t. XXXII, página 266).

brados, puede determinar una miósis idiopática. Sus *síntomas* consisten en la disminucion del campo visual, cuando no hay alteracion de la retina y del nervio óptico.

El *tratamiento* nada tiene de positivo. Dejando la vista descansar, si fuere un trabajo exagerado lo que produjo la afeccion, se conseguirá mucho mas que con el uso de los midriáticos, casi siempre ineficaces.

#### c. TEMBLOR DEL ÍRIS.

A consecuencia de la operacion de la catarata, suelen observarse luxaciones y absorciones del cristalino y tal vez una liquefaccion del cuerpo vítreo. Pero esta enfermedad, por mas que hasta hoy pueda considerarse como incurable; no lleva consigo sino muy escasas alteraciones al acto de la vision.

### CAPÍTULO VIII.

#### Enfermedades del cristalino y del cuerpo vítreo.

Solo con objeto de marcar el lugar que las corresponde, hablaremos ahora de las afecciones del cristalino y del cuerpo vítreo. Unas tienen extraordinaria importancia, pero su tratamiento es quirúrgico esencialmente; otras apenas se conocen, y de aquí que el plan á que deban ajustarse sea muy reducido. Sin perjuicio de todo esto, conviene mencionarlas, aunque no alcancemos otro resultado que el de conocer los trastornos visuales dependientes de ellas.

Todas las *enfermedades del cristalino* se resúmen en la catarata, si hacemos abstracion de algunas lesiones completamente accidentales y determinadas, ya por dislocaciones del cristalino, ya por la presencia en su mismo tejido de algunos entozoarios: la *Filaria oculi humani*, y el *Distoma ophthalmobium*, observados y descritos por Nordmann (1) y Gescheidt (2), y el *cisticerco*, cuya presencia en el cristalino fué demostrada por de Graefe y Liebreich. En la tesis de Louis de La Calle (3), y en la obra de Davaine (4) hallaremos una exposicion de la mayor parte de los hechos publicados por A. de Graefe (5)

(1) Nordmann, *Mikrographische Beiträge zur Naturgeschichte der Wirbellosen-thiere*, Berlin, 1832, Heft I, y *Archives de médecine comparée*, por Rayer. Paris, 1843, fasc. 2, p. 67.

(2) Gescheidt, *Die Entozoen des Auges, eine naturhistorische ophthalmologische Skizze* (Ammon's Zetschrift für die Ophthalmologie. Dresden, 1833. Band III, S. 405).

(3) Louis de la Calle, *De l'ophthalmologie*, tesis de doctoral, Paris, 1856, p. 65 y siguientes.

(4) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*. Paris, 1866, p. 733, y fig. 31, p. 741.

(5) De Graefe, *Archiv für Ophthalmologie*, Band I, Abtheilung II, S. 343.—*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1865, n.º 13.

y por Liebreich. Ambos autores han representado á imitacion de Graefe el cisticerco del cuerpo vítreo visto con el oftalmoscopio.

Aquí nos contentaremos con decir solo algunas palabras acerca de la historia de la catarata.

### ARTÍCULO PRIMERO.

#### CATARATA.

##### § I.—Definicion y causas.

La catarata consiste en una *opacidad* de las partes constitutivas del aparato del cristalino. Todos sabemos ya que es mas frecuente entre los hombres que entre las mujeres, y entre ancianos mas que entre adultos; pero nada hay de positivo, dígase lo que quiera acerca de ello, sobre el influjo de los climas y de las profesiones.

La naturaleza íntima del trastorno que produce la catarata fué siempre y aun está siendo hoy objeto de controversias. Antiguamente se creia en la coagulacion de la albúmina por medio de un ácido (1); y Castorani (2) la atribuye á una imbibicion del cristalino por el humor acuoso. Por los experimentos de Kunde (3) tienden á demostrar ideas completamente distintas. En efecto, de las investigaciones de este último resulta que aumentando la proporcion de los materiales sólidos de la sangre y principalmente de las sales, puede originarse cuando se quiera una catarata en cualquier animal. Cusco, cuyas opiniones se han reproducido en la tesis de Dubarry (4), invoca, como causas de la catarata de los ancianos, algunas alteraciones de la circulacion coróidea, la atrofia y la degeneracion grasienta de la referida membrana. Finalmente, hoy se considera la catarata como resultado de un vicio de la nutricion general ó local (5). Y partiendo de esta idea es como únicamente podremos darnos ahora cuenta de la produccion de cataratas en la *diabete sacarina* (6), el *ergotismo* (7) y el *marasmo senil*. En todos estos diferentes estados del organismo, ó la circulacion intra-ocular se halla interrumpida por una degeneracion de los vasos, ó la sangre ha llegado á hacerse pobre, quedando mas ó menos en condiciones parecidas á la de los animales de Kunde. Y

(1) Leroy (de Étioilles), *Sur la formation de la cataracte*, tesis de Paris, 1824.

(2) Castorani, *Memoire sur les causes de la cataracte lenticulaire* (*Gazette hebdomadaire*, 1857, p. 623 y 692).

(3) Kunde, *Zeitschrift für wissensch. Zoologie von Kölliker u. Siebold*, 1857, Band VIII, Heft IV, S. 466.

(4) Dubarry, *Recherches sur la cataracte*, tesis de Paris, 1859, n.º 129.

(5) *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, artículo CATARACTE.

(6) Lécorché, *De la cataracte diabétique* (*Archives générales de médecine*, 1861, 5.ª série, t. XVII, p. 592 y t. XVIII, p. 64).

(7) Lohmeyer, *Zeitschrift für rationneile Medecin*, 1854, t. V, p. 89.

á esta etiología, hay que añadir la inflamacion, puesto que es indudable que las heridas de la cristalóides dan por resultado la alteracion de la trasparencia de los medios visuales, que comienza siempre inflamando la membrana que rodea al cristalino; hecho perfectamente probado en el desarrollo de las cataratas secundarias y en los experimentos de Moers y de Ritter (1), llevados á efecto con el único fin de provocar artificialmente la inflamacion del cristalino. El conocimiento de la posibilidad de una catarata de origen inflamatorio es importantísimo, porque á esta última variedad es á quien deben referirse los muy escasos ejemplos que han podido presentar Wardrop y Donders (2) de cura espontánea de la catarata.

##### § II.—Anatomía patológica y division.

Bajo el punto de vista anatómico, se dividen las cataratas en diferentes variedades: 1.º, *cataratas capsulares, lenticulares y capsulo-lenticulares*; 2.º, *cataratas secundarias*, que casi siempre con capsulares; 3.º, *cataratas falsas*, que no son otra cosa sino falsas membranas desarrolladas sobre la cápsulas, y de las cuales hablaremos ya en el artículo IRITIS. De todas las discusiones á que han dado lugar las cataratas capsulares resulta que la cápsula conserva siempre su diafanidad, aunque existan en ella depósitos que disfracen sus caracteres propios. Dichos depósitos pueden ser depósitos vítreos, degeneraciones grasas epitélicas, ó depósito de sales calizas, carbonatos y fosfatos de cal.

Las *cataratas lenticulares*, ya sean *líquidas*, ya *blandas* ó *duras* están caracterizadas por alteraciones idénticas con corta diferencia. Las fibras y las células del cristalino se llenan de una materia granulosa ó de gotitas grasas, ó se incrustan, por decirlo así, de sustancias calizas. Los cuerpecitos grasos y los líquidos intersticiales abundan mucho mas en las cataratas blandas; pero en las cataratas duras predominan los corpúsculos sólidos granugientos y la esclerosis de los tubos.

##### § III.—Síntomas.

El cristalino de los ancianos se vuelve opaco muchas veces hácia su circunferencia, sin que esta opacidad tenga para la vista resultado alguno desagradable.

(1) Ritter, *Archiv für Ophthalmologie*, Band VIII, Abth I.

(2) Donders, *Nederlandsch Lancet*, n.º 9, 1854.

1.º *Signos distintivos de la catarata normal estacional senil (gerontoson del cristalino) y de la catarata incipiente.*

## CATARATA INCIPIENTE.

1.º Generalmente, la opacidad ecuatorial dirige hácia el centro del cristalino estrías radiadas, aunque estas opacidades aparezcan sin dilatación previa de la pupila.

2.º Estas estrías ofrecen cierta longitud, pudiendo apreciarse con el alumbrado oblicuo, el cual es capaz de determinar su color, su extensión y aun los límites de su contorno.

3.º Además de las estrías, suelen observarse opacidades centrales de varias formas.

## CATARATA ESTACIONAL.

1.º La opacidad ecuatorial se halla limitada á la circunferencia del cristalino, y nunca es visible sino después de dilatada la pupila.

2.º Faltan las estrías opacas.

3.º Ausencia de opacidades centrales.

Antiguamente se insistía mucho sobre el diagnóstico de la catarata por comparación con el de amaurosis y el glaucoma, pero los signos objetivos de las opacidades del cristalino han hecho que desaparezcan todas las dificultades. La oftalmoscopia debe reducirse generalmente al uso del alumbrado oblicuo; porque el alumbrado directo, con el reflector cóncavo y la lente, tiene demasiada intensidad en virtud á que los rayos de luz atraviesan las opacidades pequeñas, impidiendo caracterizarlas. El cuadro siguiente compara la catarata con la amaurosis, haciendo resaltar su diferencia. (En el artículo LAUCOMA, expondremos los caracteres distintivos de la catarata y del glaucoma. (Véase ENFERMEDADES DE LA CORÓIDES, p. 995.)

2.º *Signos distintivos de la catarata y de la amaurosis.*

## CATARATAS.

1.º *Signos objetivos.*—El enfermo de catarata anda de un modo especial; baja la cabeza y se tapa los ojos para interceptar los rayos luminosos y dilatar la pupila. Dichos ojos tienen una dirección completamente normal.

El iris se dilata y contrae perfectamente, y la belladona actúa sobre él sin la menor dificultad.

Colocando una bujía delante del ojo (procedimiento de Sanson) debe este reflejar las imágenes de ella: una derecha anterior, debida á la córnea; una central invertida, emanada de la cara posterior del cristalino, y una derecha posterior debida á la cara anterior del cristalino. Si una ú otra de las dos últimas imágenes faltare, existirá la catarata.

## AMAUROSIS.

1.º El amaurótico mira siempre hácia adelante y hácia arriba; su cabeza está inmóvil; tiene un aire de atontamiento; sufre muchas veces un ligero estrabismo y afecta cierta incertidumbre respecto de los movimientos oculares.

La pupila aparece dilatada y perezosa; y la belladona solo influye en ella con bastante lentitud.

Generalmente, las tres imágenes resultan con claridad.

El alumbrado oblicuo descubre las opacidades (signo patognomónico).

2.º *Signos subjetivos.*—El enfermo de catarata pierde poco á poco la vista, sintiendo una nube, una telilla ó una gasa que se interpone entre su ojo y los objetos. La alteración de la vista, resulta proporcionada á la opacidad.

El enfermo de catarata vé mejor en una mediana oscuridad.

Los objetos alumbrados le parecen oscurecidos y turbios. No es raro que se observe una diplopia monocular.

Los dolores orbitarios ó circumbitarios son poco intensos.

Ausencia completa de opacidad y algunas veces color amarillo, pero que no intercepta los rayos de luz.

2.º La amaurosis invade la mayor parte de las veces bruscamente. El enfermo de ella ve, en lugar de nubes, manchas negras, que á lo oscuro se vuelven luminosas.

El amaurótico busca la luz.

Los objetos alumbrados le parecen irrisados, rotos y radiantes. Es muy raro que haya diplopia monocular.

Estos dolores afectan muchas veces á los amauróticos.

Los signos objetivos bastan sin duda para reconocer una catarata, pero no siempre es fácil averiguar si se halla ó no complicada con una amaurosis en los períodos avanzados. Los medios á que deberemos recurrir, dada la imposibilidad en que nos encontramos de hacer un exámen oftalmoscópico del fondo del ojo, serán por consiguiente algunos signos que suministre el estado visual: 1.º La alteración de la vista debe ser proporcional al grado de la opacidad, cuando la catarata sea sencilla. 2.º Un individuo atacado de catarata completa, aun conserva sensaciones de los objetos muy alumbrados, y reconoce la presencia y la falta de una luz que se coloque á una distancia suya de 10 ó 20 pies. La investigación de las fosfenas (véase p. 725) podrá producir igualmente algunos datos importantes.

Bajo el punto de vista de la elección de un procedimiento operatorio aplicable á la catarata, es preciso conocer anticipadamente si la naturaleza de su especie, y por lo tanto si es *líquida, blanda ó dura*. La catarata de los ancianos, cuyo aspecto es empañado, uniforme, ambarino ó verde, y cuyo volumen tiene poca consideración, es generalmente *dura*. En los adultos, la disposición de las opacidades en forma de estrías, estrellas y barras de reflejo nacarado y de gran volumen, indican desde luego la existencia de la *catarata blanda*. Finalmente, las opacidades de color blanco lechoso, uniformes, voluminosas y salientes propias de la pupila de los niños, de los diabéticos y de los enfermos por consecuencia de traumatismos, llevan consigo la *catarata líquida*.

Bajo el punto de vista médico, es indispensable distinguir una catarata líquida capsular de una catarata lenticular. La capsular solo puede exigir un plan médico.

3.º *Signos distintivos de las cataratas capsulares y lenticulares*  
(Desmarres).

## CATARATAS CAPSULARES.

Opacidad extensible á una parte de la superficie del aparato del cristalino, yendo casi siempre precedida de una inflamacion.

Manchas constantemente de color blanco mate y cretáceo, formada de placas rugosas reunidas sin órden, y presentando asperezas que sobresalen en la superficie de la membrana. Ninguna estria regular.

La catarata capsular permanece estacionada y limitada á menos que persista la inflamacion.

Volúmen pequeño y forma aplastada.

Iris rara vez movable, muchas veces adherente é inclinado hácia atrás, nunca agitado por oscilaciones.

Sombra casi nula, cuando hay adherencias; exageradas cuando no las hay.

## CATARATAS LENTICULARES.

Opacidad extensible desde el centro á la circunferencia ó en sentido inverso, sin inflamacion preexistente.

Mancha gris, verde, negra, blanca ó ambarina, surcada de estrias que convergen todas hácia el centro de la lente, y que son completamente lisas en la superficie. En la catarata líquida, son transversales las estrias, cuando se las deja en reposo.

La catarata lenticular, invade poco á poco todo el cristalino.

Volúmen grande ó pequeño, pero forma convexa.

Iris ó móvil ó inmóvil, sin adherencias, saliente á veces hácia delante ó agitado por oscilaciones excepcionalmente.

Sombra ancha nula.

## § IV.—Diagnóstico y pronóstico.

Toda opacidad del cristalino progresiva, conduce fatalmente á perder la vista. Y solo la intervencion del cirujano en la mayor parte de los casos, puede prestar los servicios que se desean. Si excepcionalmente ya hablando hay opacidades susceptibles de curarse de una manera espontánea son las siguientes: 1.º, opacidades débiles diseminadas, que se observan muchas veces por consecuencia de una irido-coroiditis, y que conducen generalmente á alteraciones morbosas de la capa epitélica intra-capsular; 2.º, enturbiamientos ligeros que ocupan la superficie del cristalino, y que dependen de una herida circunscrita de la cápsula; 3.º, tal vez esos enturbiamientos poco avanzados tambien del cristalino, en aquellos diabéticos cuyo estado vaya mejorando de una manera sensible.

## § V.—Tratamiento.

El *tratamiento* que reclama la enfermedad principal, diabetes ó ergotismo, es el primero que se debe establecer (tomo I, artículo DIABETES, y tomo V, artículo ERGOTISMO). Cuando pueda suponerse que la catarata tenga origen inflamatorio, y que sea capsular, tambien serán aplicables los medios aconsejados para la iritis crónica.

Emile Martin (1) apoyándose en ideas teóricas mas ó menos verdaderas y desarrolladas por Mialhe (2), pretende haber obtenido gran éxito con el tratamiento siguiente:

1.º Por la mañana, en ayunas, una cucharada grande de la solucion siguiente:

R. Ioduro de potasio..... 8 gram. | Jarabe de saponaria.... 150 gram.  
Jarabe de trebol acuático. 150 gram.

Mézclese.

2.º Agua de Vichy en las comidas.

3.º Durante la noche, aplicacion sobre el ojo enfermo de un saco de muselina de 6 á 8 centímetros cuadrados lleno de:

Cal viva..... 2 partes. | Clorhidrato amónico.... 1 parte.

4.º Dos veces á la semana y en medio del dia fomentarse el ojo con suficiente cantidad del líquido siguiente:

Ioduro de potasio..... 2 gram. | Agua..... 100

5.º Tomar dos ó tres veces al dia:

Betónica..... 10 gram. | Eléboro blanco..... 10 gram.  
Asaro..... 10 gram.

Mézclese y redúzcase á polvo.

6.º Alimentacion vegetal especialmente.

7.º Purgarse de ocho en ocho dias con magnesia calcinada.

Este tratamiento se parece mucho al del doctor Pugliatti (de Messina), el cual practica vesicaciones fronto-temporales con pomada amoniaca, y administra ioduro de potasio al interior.

Quadri (de Nápoles) y Vanzetti (de Pádua) han confirmado la eficacia de dicho tratamiento sobre algunos casos presentados en el Congreso de Bruselas, y Guépin pretende de igual modo haber obtenido muy buenos resultados de él. En definitiva podremos permitirnos ensayar el tratamiento medicamentoso de la catarata; pero nos estará prohibido insistir en él cuando su accion tarde demasiado.

Guépin procede de la manera siguiente: 1.º, ventosas en el cuello y en las espaldas; 2.º, vesicaciones amoniacales sobre la frente, sienes y detrás de las orejas; 3.º, fricciones en las mismas partes con carbonato de amoniaco, clorhidrato y iodhidrato de amoniaco bajo la forma de pomada, empleando estas diversas sales, ó reunidas entre sí; 4.º, introduccion en los párpados de una pomada con clorhidrato

(1) Emile Martin, *Traité médical pratique des maladies des yeux*. Paris, 1863, página 233.

(2) Mialhe, *Chimie appliquée à la physiologie et la thérapeutique*. 1856, p. 628.

y iodhidrato de amoniaco; 5.º, mercuriales en diferentes formas; 6.º, tratamiento arreglado á la causa presunta de la catarata.

## ARTÍCULO II.

### ENFERMEDADES DEL CUERPO VÍTREO.

Siendo la anatomía normal del cuerpo vítreo poco conocida hasta ahora, con mayor razon tendremos que desconocer su anatomía patológica. Todos admitimos perfectamente la inflamacion del cuerpo; pero su historia escapa á nuestro juicio, confundiéndose con la de la coróides. Las alteraciones mejor demostradas del cuerpo vítreo consisten en la presencia de *cuerpos flotantes*, de *entozoarios*, de hemorragias y de sustancias extrañas procedentes de la atmósfera, y finalmente en su *reblandecimiento*.

Los cuerpos flotantes que son de origen inflamatorio ó hemorrágico, están representados por *células*, *conjuntos fibrinosos* y *crisales*, particularmente de *colesterina*. Las opacidades que determinan pueden reconocerse por medio del oftalmoscopio, cuando tienen cierto volúmen, y cuando el reblandecimiento del humor vítreo permite su salida al efectuar los movimientos de la cabeza. Los cuerpos flotantes son una causa permanente para que haya moscas volantes morbosas, y su curacion ofrece algunas dificultades; porque si se extinguen es de un modo espontáneo á la larga, y casi siempre en aquellas circunstancias donde se presentan como producto de hemorragias.

Los *entozoarios* del cuerpo vítreo son el *cisticerco* y la *filaria*. El primero parece mucho mas frecuente que el segundo. El color, la forma y los movimientos que efectúa permiten distinguirle con bastante facilidad, segun lo demuestran todos los hechos referidos, ya por Stellywag de Carion, Coccius, Alb. de Graefe, Follin, etc. Alb. de Graefe (1) trató de extraer un cisticerco, pero no obtuvo el resultado que deseaba; así hoy carezcamos de ejemplo alguno de curacion. En cuanto á la filaria observada por Quadri (2), tambien parece que ha de ser muy difícil desembarazar de ella al enfermo.

El *reblandecimiento del cuerpo vítreo (siquisis)* puede ser simple ó centelleante. El primero no va acompañado necesariamente de la pérdida de la transparencia del cuerpo vítreo; pero entre los síntomas que lo caracterizan es preciso contar el aumento de volúmen del globo, algunas veces el temblor del iris, la tension del globo, la dilatacion de la pupila y una ambliopía progresiva. El segundo se distingue por la presencia de muchas escamitas micáceas y brillantes, que recorren como una lluvia de oro el campo pupilar, y que no son

(1) De Graefe, *Archiv für Ophthalmologie*, Band V, Abth. II, S. 171.

(2) Quadri, *Compte rendu du congrès d'ophthalmologie de Bruxelles*, Paris, 1857, pagina 153.

otra cosa sino cristales de colessterina. Parfait-Landrau (1) fué el primero que llamó la atencion de los oftalmólogos sobre este fenómeno singular. Lo que denomina Desmarres *estado jumentoso del cuerpo vítreo*, es una alteracion análoga, caracterizada por el aspecto turbio y cenagoso del humor vítreo, debido á unos corpúsculos sumamente ténues, de color amarillo rojizo, que flotan y que se mueven en todos sentidos. Estas diferentes afecciones van siempre mas ó menos unidas con las enfermedades de la coróides y conducen á la pérdida de la vista sin poderlo apenas remediar.

## CAPITULO IX.

### Enfermedades de la coróides.

Si meditamos en la composicion esencialmente vascular de la coróides, en el extraordinario número de células que contiene y en su conexion íntima con la retina, el iris, la esclerótica y el cuerpo vítreo, fácilmente comprenderemos el papel que los oculistas modernos hacen desempeñar á esta membrana en la patología ocular. Sus lesiones casi nunca van aisladas, porque las de la retina se reunen con ellas primitiva ó consecutivamente en la inmensa mayoría de los casos. La esclerótica misma resulta muy influida por las coroiditis agudas y crónicas, de donde nacen las *esclerocoroiditis anterior y posterior* y los *estafilomas*; y casi todas las alteraciones del cuerpo vítreo, sus opacidades, sus reblandecimientos y el glaucoma; esta enfermedad singular acerca de cuya naturaleza y tratamiento han arrojado tanta luz los trabajos de Graefe, no serán otra cosa tal vez que la consecuencia de congestiones é inflamaciones de la coróides.

En este artículo trataremos sucesivamente: 1.º, de las *congestiones é inflamaciones de la coróides*; 2.º, de sus complicaciones por parte del cuerpo vítreo, *glaucoma agudo y crónico*; 3.º, de sus complicaciones por el lado de la esclerótica, *estafilomas anteriores y posteriores*, y 4.º, daremos un resumen sumario de las diferentes alteraciones de la coróides que puedan resultar de los estados precedentes.

## ARTÍCULO PRIMERO.

### CONGESTION É INFLAMACION DE LA CORÓIDES.

#### § I.—Historia, bibliografía y frecuencia.

Antes de que se descubriera el oftalmoscopio, solo teníamos datos muy incompletos acerca de las alteraciones de la coróides; de modo

(1) Parfait-Landrau, *Cas de pathologie oculaire, relatif à des corpuscules voltigeant dans la chambre postérieure de l'œil et donnant lieu à des images fantastiques* (*Revue médicale*, 1828, t. IV, p. 203, et *Ann. d'ocul.*, 1846, t. XV, p. 171).