D. 10183

TÉSIS

DE

EULOGIO FERNANDEZ

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle Belgrano números 133 y 135

1878

ENFERMEDADES DE LOS OJOS

TESIS

SOBRE

LA TISIS OCULAR

PRESENTADA Y SOSTENIDA

ANTE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE

LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

EL

de MARZO de 1878

por

EULOGIO FERNANDEZ

PARA OPTAR AL GRADO

DE DOCTOR EN MEDICINA

Se debe exigir mucho de aquel que se hace autor en busca de fama ó lucro, pero aquel que va á llenar un deber del que no puede eximirse, es digno de escusa en las faltas que pueda cometer.

LA BRÚYERE.

La Tésis es el último deber impuesto al estudiante y nadie debe preocuparse bajo ningun concepto de ellas, para criticarlas.

C. A.

BUENOS AIRES

Imprenta de M. BIEDMA, calle Belgrano números 133 y 135

1877

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO

Dr. D. MANUEL PORCEL DE PERALTA

VICE-DÉCANO

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS

Dr. D. MANUEL A. MONTES DE OCA

TESORERO

Dr. D. MAURICIO GONZALEZ CATAN

MIEMBROS ACADÉMICOS

Dr. D. CLETO AGUIRRE

« « SANTIAGO LARROSA

« « PEDRO A. PARDO

« « MANUEL ARAUZ

« « LEOPOLDO MONTES DE OCA

« « EDUARDO WILDE

« « PEDRO A. MATTOS

« « JOSÉ T. BACA

« « RAFAEL HERRERA VEGA

» DOMINGO PARODI

SECRETARIO

DOCTOR DON JACOB DE TEZANOS PINTO

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS
Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D. Mauricio Gonzalez Catan
Histología y Anatomía Patológica	» » Ignacio Pirovano
Fisiología general y humana	» » Santiago Larrosa
Patología general é Historia de la Medicina .	» » Josè T. Baca
Materia Médica, preparaciones y Terapéutica	» » Pedro A. Mattos
Higiene pública y privada	» » Guillermo Rawson
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	» » Manuel Arauz
Patología esterna, operaciones y vendajes. .	» » Leopoldo Montes de Oca
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	» » Cleto Aguirre
Clínica Quirúrgica	» » Manuel A. Montes de Oca
Clínica Médica	» » Manuel P. de Peralta
Medicina legal y Toxicología.	» » Eduardo Wilde
Obstetricia y Clínicas respectivas . , . . .	» » Pedro A. Pardo

SUSTITUTOS

Anatomía descriptiva y topográfica.	Dr. D. Bartolomé Novaro
Histología y Anatomía Patológica	» » Julio Muñoz
Fisiología general y humana	» » Francisco Tamini [en ejerc.]
Patología general é Historia de la Medicina. .	» » Jacob de T. Pinto
Materia Médica y Terapéutica . . . , . .	» » Pablo Santillan
Higiene pública y privada	» » Pedro Mallo (en ejercicio)
Patología interna, enfermedades mentales y de niños	» » Luis Tamini
Patología esterna, operaciones y vendajes .	» » Lucio Melendez
Oftalmología y Clínica Oftalmológica	» » Pedro F. Roberts
Clínica Quirúrgica	» » Juan A. Argerich
Clínica Médica	» » Juan B. Gil
Medicina legal y Toxicología.	» » M. Blancas
Obstetricia y Clínicas respectivas . , . . .	» » Antonio T. Ballester

Disectores

Dr. D. JULIAN AGUILAR — Dr. D. ENRIQUE E. DEL ARCA

PRESIDENTE DE TÉSIS

DOCTOR DON CLETO AGUIRRE

DEDICO ESTE TRABAJO

á mis queridos padres

Á MI QUERIDO PADRE

Cuando la emocion que experimentes al leer esta dedicatoria haga correr por tus mejillas la lágrima sublime y bendita del amor paternal, recuerda padre querido, que la mayor gloria de tu hijo, fué siempre pensar que un dia podria proporcionarte tan grande y feliz emocion, y acoje este trabajo como la prenda del amor filial que te guarda

TU HIJO EULOGIO.

Á MI ADORADA MADRE

DE QUIEN PODRIA DECIR CON PROPIEDAD EL POETA: MADRE MEJOR QUE RAQUEL!

Solo tú y Dios, saben los grandes sacrificios que me cuesta el grado de Doctor—La gloria de él te pertenece á voz—Quiza la alegria de este dia te haga esclamar, «ahora puedo morir contenta» pero el cielo justo no lo permitirá—Hará que vivas contenta, dándome los medios de velar por tu preciosa existencia—Como hoy me concede el placer de dedicarte esta mesquina ofrenda de mi cariño, que te pido aceptes bondadosa.

AL Dr. D. CLETO AGUIRRE

Vuestras sábias lecciones despertaron en mi un gran afecto y profundo interés por la Oftalmologia—Bajo vuestra direccion me inicié en tan grandiosa ciencia, con atencion segui y escuché esas lecciones llenas de prudencia—Con mirada atenta y constante he seguido vuestro proceder á la cabecera del enfermo, el resultado de esa observacion lo tienes á la vista. No es él digno de vuestros relevantes méritos, Dr. Aguirre, pero como parte de los conocimientos que me habeis inculcado, constituyen este modesto trabajo, permitidme que os lo dedique y espero que lo aceptareis como una débil prueba de mi agradecimiento, del sincero respeto y de la admiracion que os profesa vuestro discipulo y amigo agradecido, que os pide ampareis con vuestro respetable nombre su tésis inaugural.

A los Sres. D. Antonino C. Cambaceres
Exmo. Sr. D. Cárlos Casares y General D. Ignacio Rivas

Todas las palabras de mi padre siempre han sido de gratitud para ustedes, el hijo es el éco sincero de sus sentimientos y obedece gustoso sus justas indicaciones al dedicarles su tésis.

A los Dres. D. Juan A. Argerich
D. Santiago Larrosa y D. Bartolomé Novaro

Que vuestros nombres colocados en la primera página de mi disertacion inaugural sea un público testimonio del reconocimiento y amistad sincera que os profeso.

«Valen tanto los ojos como el cuerpo.»

Señor Presidente.

Señores Catedráticos y Académicos de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires.

SEÑORES:

La Tisis Ocular es una de las grandes cuestiones científicas que encierra el estudio de la rama mas importante de la medicina, llamada oftalmologia—Ciencia grandiosa y sublime, que yaciendo ayer no mas oprimida bajo el imperio de una falsa religion, estaba unicamente en manos de los Sacerdotes que se contentaban con hacer caminar públicamente en los templos llenos de falsas inscripciones, á los ciegos que imploraban su saber, para que se curasen allí al solo amparo de los dioses, haciendo asi de esta ciencia el campo de accion mas vasto que tubiera hasta entónces para ensayarse el charlatanismo, pero que la civilizacion y el progreso al iluminar triunfantes con la luz de la observacion y la esperiencia los diversos ramos del saber

humano. desterró aquellos presuntos sabios que en las plazas públicas iban á dejarse oir en medio del vulgo para enzalzar sus ficticias doctrinas á espensas de la ignorancia, los esterminó, Señores, y al hacerlo, concluyó alli la falsa oculistica para sobre sus ruinas levantarse triunfante la verdadera ciencia, que descorriendo el velo con que se ocultaba el charlatanismo, descubrió los misterios de la cirujia ocular, arrancó á la ciencia sus secretos, y de las falsas doctrinas solo conserva los nombres, como el éco moribundo de la oftalmologia de otros tiempos.

La oftalmologia moderna detiene y vence en nuestros dias con una simple puncion, al terrible glaucoma, que durante tanto siglos oprimió la especie humana, triunfando entonces de todos los tratamientos empleados para caer hoy vencido ante la *iridectomia* que hace bendecir el génio inmortal de de Graefe.

La oftalmologia de hoy corrige facilmente el estravismo convirtiendo esta afeccion y la catarata, en meras operaciones de salon, las mismas que antes asombraban al mundo.

Sorprende á la naturaleza en las profundidades del ojo con el portentoso instrumento que al mostrarnos nuevas y maravillosas regiones del organismo, hiciera un dia de Helmotz lo que la exicion del iris de de Graefe —enseñándonos el mismo, para gloria de Buchut, en la retina, el retrato de las lesiones mórbidas que se desarrollan en las profundidades misteriosas del cérebro y cuya localizacion era hasta entonces la mayor tortura de la inteligencia humana—revelándonos tambien, uno

de los pocos signos ciertos en los primeros momentos de la muerte.

Pero esta grandiosa ciencia no se contenta con esto— quiere estender mas aun sus conquista científicas y dejándose arrebatar por el entusiasmo de las glorias que le dan sus grandes progresos, pretende hasta encontrar en los misterios de la muerte los secresos de la vida, y examinando la retina de la víctima que espira, comete el error sublime, de querer hallar en ella la imágen del asesino.

Es por esto Señores, que en este solemne momento de mi vida, al subir á esta cátedra elevadisima de la ciencia, en cuyo pedestal estan inscriptas las sublimes palabras que un dia lanzara el altísimo para gloria y engrandecimiento del médico, al contemplar desde la elevada altura en que me encuentro el vasto y escabroso campo que tengo que recorrer, limitado por los oscuros horizontes de la vida y de la muerte; al dirigiros lleno de emocion y de temor la última palabra con el respeto del alumno, y la primera con la conciencia del médico; al daros mi última prueba, mi última leccion, he querido dejar con honor el puesto que tantos años he ocupado con orgullo, y he creido, que al escribir mi tésis sobre la ciencia, cuyos grandes progresos acabo de bosquejar á grandes rasgos, satisfacia en algo mis deseos.

Los principales materiales de mi trabajo los he recojido personalmente á la cabecera del enfermo, en la clinica dirigida por mi distinguido catedrático y padrino de tésis el Dr. D. Cleto Aguirre, á quien tengo la satisfaccion de poderle espresar públicauente en este momento,

una vez mas mi profunda gratitud; por lo que os presento hasta cierto punto un capítulo de oftalmologia argentina.

He recorrido tambien, todas nuestras casas de caridad y la policlínica de algunos médicos, recojiendo observaciones, para poder oponer á las teorias deslumbrantes, la razon fria de los hechos, porque es una verdad adquirida en el estado actual de la ciencia que la observacion clinica, es la única fuente de verdad tratándose de medicina moderna. Y como dice Federico Berard el que en medicina no se coloca bajo el punto de vista de la observacion del hombre vivo está fuera de la ciencia; Por lo que, si bien no podré decir mucho nuevo, espero al menos poder exponer todo lo mas notable que he observado, respecto de un punto tan importante y al que nadie le ha dedicado hasta hoy particular atencion.

Además, señores, si los nombres de los Doctores Herrera Vega, Gutierrez, Lloveras, Golfarini, Iturriós y Roberts, como no dudo merecen vuestro respeto—espero que vuestro fallo será mas que favorable á mi trabajo, por haber ya sido el laureado obteniendo sus datos el primer premio, en el concurso científico celebrado por el Circulo Médico Argentino el 15 de Agosto de 1877, cuyo juri los formaban los ilustrados médicos de esta Facultad, cuyos nombres me he hecho un honor en citar, en esta página de mi disertacion inaugural—Habiendo el Circulo Científico Literario en el mismo año, acordado su publicacion, asignándole igual premio.

Ahora señores, permitidme que antes de jurar sobre los Santos Evangelios, en nombre de Dios y de la Patria, el fiel cumplimiento de los Sagrados deberes impuestos al

médico, y al recibir el honroso título de Dr. en Medicina, que me eleva sobre los demás hombres, y que es el mayor grado acordado como recompensa al trabajo y los desvelos del estudio, al ingresar á las filas del ilustrado Cuerpo Médico Argentino, para ocupar al lado de vosotros el asiento que me está deparado, permitidme digo, que os manifieste nuevamente mi agradecimiento por la ciencia que me habeis enseñado, prometiendoos que donde quiera que me arroje la ola del destino, habrá siempre en mi corazon un latido de aprecio y gratitud para mis inolvidables maestros, y que cumpliré vuestros sanos consejos conservando mi vida pura y egerciendo mi profesion como hombre de bien.

Etimologia—Definicion—Division— Sinonimia y Patogenia.

—

En vano se busca la esencia dc ciertas cosas tratando de difinirlas.

Segun su verdadera etimologia, tísis, viene de una palabra griega que significa consuncion, secar, disminuir, atrofiar y hablando de un modo general, en medicina se dá este nombre á un estado de consuncion y decadencia general, caracterizado por la debilidad, demacracion y un grave desórden en la nutricion y las funciones de un órgano, que concluye por ser inútil, al fin para que fué creado – por lo que la tísis es para algunos autores, siempre una enfermedad en que está mas ó menos comprometido todo el organismo y en la que jamás un órgano puede ser afectado aisladamente del resto del organismo—pero si recordamos la dualidad de la tísis que en un principio cuando ésta es producida por la neumonía caceosa, por ejemplo, solo es una enfermedad local. Y que ademas la práctica ha conservado el nombre de tísis á lesiones localizadas en ciertos órganos, entre los que figura el ojo, sin que intervenga para nada el resto del organismo—respetando así las ideas de autoridades científicas como Mooren, Degraefe, Weeker y otros, habremos justificado el tema de nuestro trabajo.

Ahora bien, segun la etimologia y aplicando los principios generales que he recordado, creo que la tísis ocular se puede definir: *La disminucion lenta ó rápida del ojo con*

pérdida de la vision—esta definicion si bien llena algunas de las cualidades que ella exije, es mala é incompleta como son la mayor parte de las definiciones (1) y sobre todo en medicina donde es tan difícil poder definir bien, por lo que la mayor parte de los autores en lugar de definir se contentan con describir, esto es racional y nosotros reconociendo la imposibilidad de poder dar una buena definicion de la tísis ocular, (2) y no existiendo ninguna definicion que pudieramos criticar, seguiremos el ejemplo de aquellos al contentarnos con describir la lesion que estudiamos, « un estado patolójico caracterizado, por la disminucion lenta ó rápida del volúmen del ojo, disminucion que desde un pequeño grado puede llegar hasta la fusion y desaparicion completa del órgano y determinado por una causa cualquiera, se llama tísis ocular. »

Segun esto, hay en la lesion que estudio no solo varios grados, sino que ella puede afectar varias manifestaciones que para el Dr. Vignaux, p. e. son—tísis espontánea dolorosa—tísis traumática dolorosa, tísis de causas desconocidas y tísis indolora y para Mooren que la clasifica segun la causa que la produce hay tantas variedades de tísis ocular, como causas pueden producirla, al estudiar la etiología, haré ver lo estensa de esta dívision, como lo incompleta de aquella, contentándome por ahora con no hacer ninguna division, pues ella no tiene objeto aquí para el fin que

(1) Pero como dice muy bien el Dr. Wilde en su Tésis ni en medicina ni en ninguna ciencia hay necesidad de definiciones exactas y basta en toda la série de conocimientos que constituyen un arte ó una ciencia, la descripcion verdadera que contenga un dato diferencial.

Sírvanos como prueba señalar el hecho de que las ciencias existen y que en la mayor parte de ellas no hay una sola definicion verdaderamente tal, que se escape del todo ya á la maledicencia de un espíritu sutil y sofista, ya á las redes de hierro con que el pensamiento humano ha creado la lójica.

(2) Que por otra parte no siendo una enfermedad, sino un accidente, una consecuencia, el resultado de varias enfermedades, seria imposible abarcar en ella todas estas dolencias que en resúmen la constituyen.

me propongo y solo recordaré al hablar del tratamiento lo que aquí he bosquejado.

Varios nombres ha recibido la lesion que estudio y las palabras, tísis, atrofia y pérdida del ojo, envuelven su sinonimia y como se dá á entender con cualquiera de estas voces la lesion que trato, la llamaré indistintamente tísis, atrofia ó pérdida del ojo, en el curso de este trabajo.

En cuanto al modo íntimo de obrar de las causas que producen las tísis ocular, ó sea su patogenia, no solamente no es bien conocido, sino que su estudio está ligado íntimamente al modo de accion de las causas que producen las enfermedades que dan lugar á este accidente; resolveré pues de un modo indirecto estos puntos en los capítulos siguientes, contentándome por ahora con enumerar á una profunda alteracion en la nutricion del ojo, como la última faz del modo de accion de estas causas.

Historia

El amor al estudio es casi en nosotros la sola pasion eterna.

MONTESQUIEU.

La historia de la tísis ocular está comprendida en la historia de la oftalmologia y como nadie ha escrito sobre este punto en particular—me tengo que limitar á bosquejar á grandes rasgos, todo lo que hay de mas notable y tenga alguna relacion á este respecto--enumerando los trabajos publicados desde 1841 hasta hoy. El primero que se ha ocupado aunque indirectamente de un modo formal de este punto, es Bonnet (de Lion) en 1841 al proponer su método para la enucleacion del ojo, que publicó en el boletin general de Terapéutica de Paris, algunos artículos que están

consignados en la pág. 114 del tomo 1 de esta importante publicacion, pues lo que anteriormente habian escrito algunos veterinarios para producir la atrofia del ojo de los animales en determinadas circunstancias, no merece siquiera llamar la atencion, mucho mas cuando yo no trato de hacer la historia de los errores de este punto de la ciencia, sino de enumerar sus verdaderos progresos.

En 1847 Sichel (J.) publicó algo con el mismo objeto en el tomo 18 de los Anales del Oculista.

Prichard, de Bristol estudió en 1854 las heridas y quemaduras del ojo, haciendo algunas importantes consideraciones sobre los casos en que estas lesiones pueden dar lugar á la tísis ocular, escritos importantes que fueron reproducidos por la mayor parte de los periódicos científicos europeos—artículos que fueron comentados por Cooper en el mismo año.

El Dr. Salomon publicó en 1857 una importante observacion sobre un caso de atrofia ocular ocasionado por simpatía.

La Tésis presentada en 1858 por el Dr. Brondeau á la facultad de Paris contiene varias observaciones á este respecto.

En 1862 el Dr. Clarke escribió algo en el «Jornal de Medicina » del 22 de Marzo relativo á la atrofia del ojo.

Volkart en 1863 al publicar algo sobre la oftalmia simpática, entra en algunas consideraciones respecto al punto que estudio.

En la Gaceta de los hospitales del 8 de Agosto de 1865 publicó el Dr. Wecker una importante memoria sobre la enucleacion del ojo en la que entra en algunas consideraciones sobre la atrofia ocular.

Rondeau en 1866 al presentar su tésis sobre las afecciones oculares, dijo algo á este respecto.

En la página 219 del primer tomo del « Monitor », publi-

có el Dr. Horing en 1867, algunas consideraciones sobre la oftalmia simpática en las que habla de la atrofia del ojo.

Sichel (J. A.) publicó en el mismo año en la « Gaceta Médica » y los « Anales del Oculista » algo que se relaciona con el punto que estudio.

El Dr. Juan Calderini publicó en 1817 en Torino, sus investigaciones anatomo-patolójicas, en varios casos de enucleacion del ojo y esta importante memoria tiene mucha relacion con la atrofia.

En 1868 el Dr. Lawson publicó en Lóndres algo por el estilo de lo anterior.

La tésis del Dr. Lagueau presentada en 1869 á la Facultad de Paris contiene observaciones á este respecto.

Galezowski al estudiar las heridas del ojo, hace algunas consideraciones sobre la atrofia ocular, que fueron publicadas en 1870 en el número 149 de la Gaceta de los hospitales.

La Sociedad oftalmógica de Lóndres, tuvo en el mismo año algunas discuciones á este respecto.

H. Winson escribió en Lóndres en 1870 un importante artículo sobre la supuracion del ojo, que termina por su atrofia.

Horíng y Ledeux en su tésis, entran en algunos detalles sobre los casos de oftalmias simpáticas producidas por la atrofia ocular.

En Filadelfia publicó en 1872 el Dr. Harlen algo relativo á este punto.

Los Dres. Just y Tillaux, publicaron en el tomo LX de los « Anales del Oculista, en Paris, algo que tiene relacion sobre esto.

En la « Lanceta Médica » de Lóndres del 22 de Junio de 1872, publicó el Dr. Streatfield algo sobre la enucleacion en los casos de atrofia.

Carreras y Arago, publicaron en España en 1873 algunas

consideraciones que tienen mucha semejanza con el artículo anterior publicado por Streatfield en Lóndres.

El Dr. Dransat, publicó en su tésis inaugural en 1873 algunos documentos que debian de servir para la historia de las afecciones simpáticas de la vista.

Arlt y Hog publicaron en el mismo año en Lóndres, varios artículos referentes á este punto.

En las páginas 248-278 de las lecciones clínicas sobre la cirujía ocular publicadas por el Dr. A. Desmarres, en Paris, hay algo relativo á la atrofia ocular.

Watson, Magni, Jacobi y Pomeroy, han tocado tambien ligeramente esta cuestion en las publicaciones que hicieron en 1874.

El célebre Dr. Hogg, publicó el 25 de Marzo de 1875, una importante memoria sobre los estafilomas de la cornea y en la que hace algunas consideraciones sobre la atrofia ocular.

Y finalmente en los « Anales del Oculista » de este año 1877, publicó el Dr. Ruvioli, apropósito de un caso de enucleacion del ojo, algunas consideraciones sobre la atrofia y sus consecuencias, que existen en el tomo 78 de dicha publicacion.

Tal es á grandes rasgos el bosquejo de las publicaciones mas importantes hechas en el estrangero relativas al punto que estudio—entre nosotros nadie se ha ocupado de ella y es de la clínica del Dr, Aguirre, de donde han salido las primeras observaciones sobre este punto, que intercalo en el curso de este trabajo.

F r e c u e n c i a

—

Nada hay nuevo sobre la tierra y todo se presenta con frecuencia—aunque no siempre es observado.

La atrofia del ojo es un fenómeno morboso tan frecuente, que raro es el dia que no se observan en las clínicas y en el

público nuevos casos de él, originados por diversas causas. Durante el tiempo que he sido practicante mayor encargado de la clínica del Dr. C. Aguirre, he recojido 57 observaciones y en pocos dias al visitar los hospitales y demás casas de caridad existentes en Buenos Aires, he podido recojer 175 observaciones mas de las cuales algunas inserto en este trabajo. Además el Dr. Mooren solamente, en un año ha visto mas, de 150 casos de oftalmia simpática con existencia de atrofia del ojo—Habiendo en 1873 el mismo autor practicado 46 veces la enucleacion del ojo por causa de atrofia del mismo.

Etiología

—

No hay causa morbifica, ni nada nocivo por si mismo.

Testa.

La etiología ó sea el estudio de las causas morbíficas que contribuyen al desarrollo de la tísis ocular de un modo directo ó indirecto, es tan estenso y estas causas son tan numerosas y variadas, que es hasta cierto punto forzoso hacer una division de ellas, no solo para facilitar su estudio, sino para poderlo hacer debidamente, por lo que creo que estan hasta cierto punto justificadas todas las divisiones mas ó menos fundadas que de ellas se han hecho.

Pero como apesar de esta necesidad, el punto que estudio no está aun bien definido, ni clasificado, ninguna de estas divisiones le es aplicable y cualquier clasificacion que adopte será defectuosa, en otros términos, la clasificacion y division de estas causas acerca de este punto es casi imposible, pero no sucede así cuando se trata de agruparlas—aquí sucede lo que en medicina legal con la clasificacion de las

cuestiones, todas son defectuosas, pero si abandonando este sistema de clasificar se trata de agruparlas, se llega á facilitar en mucho su estudio. Yo agruparé pues las causas, sin sujetarme á ninguna de las variadas divisiones que se han hecho de la etiología.

Principiaré por algunas lijeras consideraciones sobre la predisposicion, de ambos ojos, sexos, edades, profesiones, constituciones y temperamentos, aunque esto sea hasta cierto punto algo superfluo—pasando en seguida al estudio del mismo ojo, donde estudiaré lijeramente el contingente morbífico que cada una de sus membranas y medios pueden llevar en determinadas circunstancias á la produccion del mal terminando con el estudio de algunas enfermedades graves que predisponen á la tísis ocular, y de lo que podria llamarse causas esteriores y que yo reasumiré bajo el nombre de traumatismo.

Sexos—De los 230 casos de atrofia del ojo, que yo he tenido ocasion de observar, 170 han sido hombres y 62 mujeres y el Dr. J. C. Vignaux en 90 observaciones ha encontrado 58 hombres y 32 mujeres, unido esto á las opiniones de Wecker, Desmarres y otros, se vé de un modo evidente que los hombres están mas predispuestos que las mujeres á este accidente, sin duda por el género de vida, las ocupaciones y las enfermedades á que está espuesto el aparato de su vision.

Edad—El mismo Dr. Vignaux con relacion á la edad, clasifica así sus 90 enfermos: de 1 á 15 años, 11 enfermos—de 15 á 30 años, 29 enfermos—de 30 á 50 años. 22 enfermos—y despues de 50 años, 28 enfermos; mi clasificacion no está conforme bajo este punto de vista con dichos autores; antes de 12 años y entre 20 y 35 es donde mas atrofias he observado, sin duda por ser niños y adultos lo que mas he tenido ocasion de observar, dominando en aquellos la oftalmia de los recien nacidos y en estos el traumatismo,

causas las mas frecuentes de la tísis ocular en dichas edades.

PROFESIONES—El Dr. A. Mooren en su monumental obra sobre las afecciones simpáticas de la vista, se espresa así respecto á este punto:

« Se formará una idea exacta de los tan variados peli-
» gros que amenazan el ojo del obrero, del minero, del
» soldado, etc., en una palabra, de todas las profesiones se-
» mejantes á estas recorriendo mi cuadro estadístico que
» comprende 11,685 casos observados en mi clínica desde
» el 15 de Abril de 1866, al mismo dia de 1869, y en el que
» el número de esta clase de enfermos resalta sobre los
» demás. »—Esta es una verdad que hasta cierto punto no necesita demostracion, y yo en una visita que hice á los carreros de la Aduana de Buenos Aires, me pude convencer del crecido número de tuertos que existian allí, la mayor parte de los que me refirieron haber perdido el ojo que les faltaba á consecuencia de un traumatismo con la punta del látigo con que castigan los caballos, los mineros son frecuentemente víctimas de las esplosiones y en nuestra tésis figuran varias historias de ellos, los militares, (*) los cazadores, etc., tienen tambien su razon de estar espuestos á la atrofia.

CONSTITUCION Y TEMPERAMENTO—Por mas que algunos al estudiar la oftalmia simpática que puede originar un ojo atrofiado, hayan querido asignar á tal, ó cual constitucion y temperamento un papel especial en la produccion del accidente, esto es imposible é incierto, porque si bien es cierto que la variedad de estos y aquellos predispone á diferentes clases de afecciones, todas ellas, cualquiera que sea, por

(*) Durante el tiempo que fuí cirujano del ejército en campaña, he observado infinidad de atrofias oculares sobrevenidas á consecuencia del traumatismo, en los combates, en el ejercicio y demás casos en que está espuesto el soldado por la índole de su profesion.

otra parte, la causa que las produzca y las condiciones del individuo en quien se manifiesten llegadas á cierto grado, pueden de un modo igual, dar lugar á la atrofia del ojo.

En cuanto á la herencia, si bien este mal, no puede llamarse hereditario, por no ser una enfermedad, sinó un accidente, es evidente que los hijos de padres sifilíticos están espuestos á ciertas enfermedades de la vista, como la iritis sifilítica p. e. que se transforma con tanta facilidad en iridocoroiditis que trae tan frecuentemente la atrofia del ojo, como he tenido ocasion de observarlo en la clínica, algo semejante podria decir de la escrófula y del cáncer.

Ojo—Saber cual de los dos ojos es mas frecuentemente afectado de esta lesion, es una mera cuestion de estadística tan difícil como superflua, pero segun mis investigaciones, el ojo derecho es con mas frecuencia atacado que el izquierdo, en la relacion de un 15 por ciento, (en adelante designaremos con o d. el ojo derecho y con o i. el ojo izquierdo para mayor facilidad)

Antes de pasar al estudio de las causas de atrofia que en el ojo mismo pueden existir, no creo innecesario pasar en revista el cuadro de tisis ocular del Dr. A. Mooren.—Los 116 casos de tisis ocular observados por él, los clasifica del modo siguiente:

Tisis—Tisis del globo traumática		22
»	con amaurosis simpática del otro ojo	2
»	con alteracion » » » »	9
»	por consecuencia de estraccion de catarata	5
»	» » reclinacion	1
»	» esplosion de pólvora	1
»	» herida de arma de fuego	2
»	» quemadura con cal	3
»	» heridas de la órbita	3
»	» » del cuerpo ciliar	1
»	no traumática por irritacion	60

Tisis	no traumática con alteracion del otro.....	1
»	» » » amaurosis del otro.....	1
»	por ciclitis persistente y otras lesiones	1
»	» » con alteracion del otro.....	2
»	» contusiones en la órbita.....	1
»	» prolapsus del iris.....	1

Nota—Quizá por un error involuntario no figuran en este cuadro los casos de coroiditis supurada de que habla Mooren en el curso de su trabajo y que es la verdadera causa de la tisis ocular para algunos.

Enfermedades de la órbita—Para facilitar el estudio de las lesiones dependientes de la órbita que pueden ocasionar la atrofia del ojo, seguiré el método indicado por Wecker, y al principiar con él por las lesiones inflamatorias, las estudiaré de la periferia al centro, empezando por el periostio que tapiza esta cavidad, pasando en seguida al tejido grasiento intra-ocular y terminando con la cápsula de tenon, trípode de lesiones que resume todas las que con este carácter flogístico se observan en la cavidad en que se aloja el ojo.

Periostitis—La periostitis orbitaria, cuando no es combatida con éxito en su principio, sea que afecte la forma aguda en que tiene tendencia á la supuracion, ó la forma crónica en que produce una hipergenesis del tegido celular o hipersaplia del tegido oseo, suelen dar lugar á la atrofia del ojo.

Flegmon—El flegmon de la órbita que es la inflamacion del tegido célulo grasiento flácido y rico en vasos que llena los vacíos de la cavidad orbitaria en rededor del ojo y de sus dependencias puede tambien dar lugar, como la lesion anterior á la fusion del ojo.

Capsulitis—Esta lesion que no es sinó la inflamacion de la cápsula de tenon, afeccion que en general es de marcha larga, puede tambien dar lugar á la tisis ocular, sobre-

todo cuando es consecutiva á un traumatismo ó á una erisipela de la cara, entonces parece que el tegido celular que tapiza la cápsula, se hace el asiento de una hipergenesis y que el tegido nuevamente formado sufriendo una retraccion en cierto modo cicatricial ejerce una funesta influencia sobre el globo del ojo que tiende por una série de fenómenos á atrofiarse; pasaré ahora á ocuparme de los--

TUMORES DE LA ÓRBITA - Y entre estos solo estudiaré uno de los producidos por la retencion de los elementos normalmente secretados, quiero hablar de los quistes foliculares que cuando su evolucion ha recorrido todas sus fases en un espacio de tiempo bastante corto, ejercen una influencia fatal para el ojo, que concluye por atrofiarse á impulsos de una rebelde y constante supuracion. (Wecker pág. 271 del tomo II).

No estudiaré las demás clases de tumores que desarrollados en la órbita pueden producir la atrofia, porque esto seria demasiado estenso para el fin que me propongo y me contentaré con enumerar el sarcoma, los tumores oseos, varicosos, eréctiles, los cuerpos estraños y las anomalías congénitas.

GLÁNDULA LAGRIMAL--entre estas afecciones la hipertrofia de dicho órgano, puede traer por compresion la pérdida del ojo, ya produciendo un glaucoma ya por las complicaciones que puede traer .su estirpacion que suele hacerse inevitable (1) las demas lesiones de este órgano como cloroma, los quistes, los cuerpos estraños y el cáncer pueden producir el mismo efecto.

1. Leona Soria, 50 años, cigarrera, entró á la clínica 9.16:76 con una hipertrofia considerable de la glándula lagrimal del 0.1. donde tenia grandes dolores á causa del estado glaucomatoso del ojo, originado por la compresion que la glàndula producia, extirpada la glándula, desaparecieron estos síntomas del 0.1. pero no pudieron detenerse los de igual naturaleza que de un modo simpátíco habian aparecido en el 0.d.

En cuanto al resto del aparato lagrimal raras son las afecciones que pueden dar lugar á la tísis ocular.

Conjuntiva -- La conjuntiva es la membrana mucosa que tapiza el globo del ojo y los párpados, por su situacion y estructura presenta un campo de accion vasto, al desarrollo de ciertas enfermedades, entre estas, las flegmacias desempeñan un importante rol —las enumeraré á todas con Weeker y Galezowski para estudiar en seguida las que pueden dar lugar á la atrofia que estudio.

Las conjuntivitis especiales no porulentas de Galezowski, lagrimal, catarral, flictemular y exantematicas, solo por escepcion pueden dar lugar á la tísis —Pero no sucede así con las purulentas, formadas, por la de los recien nacidos, de los adultos, blenorrágica, granulosa y difterica que son causas frecuentes de atrofia.

Las demas lesiones que pueden afectar á la conjuntiva, asi como la mayor parte de las que se localizan en los párpados, tienen poca importancia á este respecto y pequeña será la falta que cometa al pasarlas completamente por alto.

Oftalmia catarral— cuando esta lesion afecta una forma demasiado aguda yendo acompañada de un Kemosis rebelde y de una abundante supuracion puede necrosarse la cornea, ulcerarse, salir el iris y aun el cristalino y dar lugar á una série de fenómenos que llevan el ojo á la atrofia, pero como hé dicho, esto es raro, y apesar de haber observado muchos casos de esta lesion, solo en uno el resultado fué fatal, contribuyendo mucho á ello la indocilidad del enfermo. (2)

2. José Sacristi, italiano, 33 años, vigilante, fué acometido en la noche del 25.4:77 de una oftalmia catarral, cuyo cuadro sintomático, llegó á tal punto de rebeldia, que nada pudo evitar la produccion de los fenómenos que ya he enumerado y que antes de un mes ocacionaron la atrofia del ojo—(cuando los enfermos son dóciles y se sujetan á un vendaje continuo, que de un modo compresivo debe de ser colocado en los dos ojos, previa atropina, eserina, escarificaciones etc, apesar de tantas amenazas el resultado puede ser favorable.)

OFTALMIA DE LOS RECIEN NACIDOS—La oftalmia de los recien nacidos, es una de las flegmacias que hace mas por la atrofia del ojo, lo grave de la enfermedad, la edad en que se manifiesta y lo difícil de ejecutar las curaciones, que deben ser repetidas y prolijas, agraban mucho el pronóstico; la cornea apesar de su mayor elasticidad que en el adulto se macera y al ulcerarse deja escapar los contenidos del ojo, que con un paso mas está en la tísis, siendo esta enfermedad tan frecuente, no debe de estrañarnos la cantidad de atrofias que ella produce, y rara casualidad, el ojo que primero se enferma es el que con mas frecuencia se salva; en los 17 casos que yo he tenido acasion de observar los que eran diariamente curados por el Sr. Catedrático ó los practicantes, conseguian algunas veces llegar á un resultado final muy satisfactorio, miéntras que los que eran curados en sus casas, en general, sinó iban á la atrofia, quedaban ciegos á causa de estensos leucomas. (3)

La *oftalmia blenorragica* en el hombre, *leucorreica* en la mujer la *purulenta de los egércitos* (*) etc. salvo el cuadro más complicado de los síntomas, cuando originan la atrofia del ojo, lo hacen por un mecanismo mas ó menos, idéntico al de los anteriores, siendo ayudado su fatal fin por la mala asistencia en los ejércitos y por el descuido en

3. Joaquin Rosi, 24 dias, argentino, fué atacado al cuarto dia de nacer de oftalmia purulenta—la enfermedad está en los dos ojos—se le hicieron cauterizaciones con nitrato de plata, escarificaciones y algunas paracentesis para disminuir el aumento de la presion intraocular muy aumentada, pero todo esto unido al uso de vendajes y colirios entre los que figuraban la atropina fué impotente para que el O.d. arribara á una completa atrofia, quedando en el O.I. unos leucomas que harán casi imposible la vision.

(*) Sobre este punto ha publicado en la Isla de Cuba una importante memoria en 1876, el Dr. J. Santos Fenandez que merece especial mencion.

los demas casos, el apunte de algunas observaciones sobre estos puntos nos evitarán entrar en mas detalles. (4)

OFTALMIA GRANULOSA—esta afeccion ha sido una de las que con mas frecuencia y rebeldia se han presentado á la clínica, y á no haber visto en estos últimos dias algunos enfermos completamente bien curados, diria que cuando estas son verdaderas no se curan, tal es el grado de rebeldia que hé notado en la mayoria de los casos—esta enfermedad, cuando resiste á todos los medios terapéuticos empleados contra ella, que son las cauterizaciones con el acetato neutro de plomo líquido, el nitrato de plata, los sulfatos de cobre y de zin en piedra unidos todos ellos á

4. Roque Diaz, 7 meses, italiano, se enfermó al quinto dia de nacer, abordo de un buque duraule el viaje para América,la madre refiere que cuando este niño nació ella tenia flores blancas y que fué acometido de una intensa supuracion, que despues de dos meses le dejó la vista en el estado en que hoy se encuentra—0.1. completamente atrofiado y reducido á un pequeño muñon deforme, 0.d. un leucoma central, sinequias anteriores y opacidad del cristalino—este caso en que ningun tratamiento fué instituido nos hace ver la mayor gravedad del mal cuando es abandonado á los solos esfuerzos de la naturaleza.

5. Juan Cristiani, italiano, 31 años, entró, 3.7:76 al No. 32 de la clínica atacado de una intensa oftalmia blenorrájica del 0.d. un kemosis rebelde originó la necrosis de la cornea, se hernió el iris, el enfermo se movió el vendaje, se vació el humor acuoso y el vitréo y el ojo marchó á la atrofia, yendo á la gonorrea á orquitis—otros casos he observado en que el resultado apesar de todo, ha sido satisfactorio.

6. Pedro Bar, vasco, es un caso como el quinto, pero en quien la oftalmia blenorrágica, invadió la cornea, el iris, hubo ulceracion, sinequias, el cristalino se opacificó y el ojo terminó por atrofia con sintomas de irido—coroiditis. Varios casos he observado de oftalmia leucorreica, pero como los pocos que han dado lugar á la atrofia del ojo lo han hecho por un mecanismo análogo á los anteriores, me exceptuo de enumerarlos.

7. En el mes de Junio de 1876 se declaró en las Salas de Clínica una oftalmia purulenta que afectó el caracter epidèmico, casi todos los enfermos atacados de conjuntivitis lagrimal, catarral etc., fueron acometidos del mal, sin embargo de los 13 enfermos atacados, solo 3 perdieron un ojo por atrofia. El Dr. Aguirre hizo blanquear las salas repetidas veces, instituyó un tratamiento higienico bajo todo punto de vista, los enfermos eran curados cada 4 horas y el mal se detuvo en su principio. José Rodriguez. español de 27 años, Federico Sueldo, Suizo, de 19 años y Manuel Ires, español, de 37, fueron los enfermos en quienes apesar de la intensidad del mal solo perdieron un ojo.

las escarificaciones, reclama imperiosamente el uso de las sindectomias—operacion que consiste en sacar una cinta conjuntíval sea al rededor de la cornea, sea del fondo de saco óculo-palpebral, cinta que puede ser parcial ó general, esto tiene por objeto originar un tejido cicatricial, que interrumpiendo la circulacion haga desaparecer las granulaciones por atrofia—esto que suele dar algunos resultados, es á veces importante, el panus granuloso no es detenido en su marcha, un Kemoses intenso se declara, la cornea se opacifica, concluye por necrosarse, se ulcera y el ojo marcha á la atrofia—Sin embargo de esto, debo decir que solo dos casos de atrofia he observado á causa de las granulaciones y que á estas es necesario unir el mal exito de las operaciones como causa de atrofia (8) (observare de paso que los casos de verdadera oftalmia granulosa que se han presentado á la clinica siempre han sido adquiridos fuera del país). (**)

Cornea—La cornea es la segunda membrana del ojo, situada en la línea média y procediendo de delante atras,

8. Andrés Masseras, 44 años. austriaco, marinero, hace 4 años que durante un viaje á Egipto contrajo un oftalmia granulosa en los dos ojos, despues de estar sometido á varios tratamientos sin ningun resultado, entro á la clínica el 3.5:75 donde por espacio de dos años ha estado sometido á una asistencia prolija y esmerada empleándose todos los medios terapeúticos y quirúrgicos arriba enumerados, sin el mas mínimo resultado favorable, el individuo casi ciego ya, fué atacado de enagenaclon mental y remitido al hospicio de las Mercedes donde despues he tenido ocasion de observarlo, notando que el 0.1. está completamente atrofiado y que el 0.d. terminará del mismo modo.

9. Càrlos Carlucho, de 32 años, francés, tipógrafo y armero, hace 11 meses se halla afectado de una oftalmia granulosa en el 0.1. ha sido asistido por varios mèdicos en el público, cuando entró á la clínica, se le hicieron dos sindectomias, sin ningun resultado y resistiendo á todos los tratamientos el ojo terminó de un modo muy semejante al anterior.

(**) Durante la epidemia de oftalmia purulenta de que he hablado anteriormente varios granulosos fueron afectados, la nueva afeccion siguió su marcha y las granulaciones no fueron modificadas en nada, esto destruye de un modo evidente la indicacion bárbara de algunos autores de inocular el pus como tratamiento de las granulaciones rebeldes. (el autor)

está espuesta á un considerable número de afecciones entre las cuales muchas pueden dar lugar á la atrofia del ojo, entre estas estudiaré los estafilomas, el cáncer, las heridas los cuerpos estraños y algunas Keratitis.

Entre los *estafilomas*, el general opaco, es el que con mas frecuencia compromete el ojo, y el proceder de Critchett que se emplea contra él, trae de un modo inevitable la atrofia del ojo, que por una série de fenómenos llegaria al mismo resultado sin la ayuda de la operacion, que por otra parte evita los desastres de la oftalmia simpática. (10)

El *cáncer*, por la sola naturaleza del tumor, se comprende fácilmente que tiene que terminar con la destruccion del ojo, donde quiera que se manifieste, siendo por otra parte muy raro que tenga su orígen primitivo en la cornea, pues en general se manifiesta en un punto mas menos lejano de la insercion escloritical de esta membrana. (*)

Las *heridas* de la cornea, que despues me volveré á ocupar de ellas al hablar del traumatismo, son en general cuando son profundas, desgarradas ó contusas causa rápida

10. Concepcion Camacho, argentina, 12 años de edad, temperamento linfático y con sífilis hereditaria entró 1.17:76 con un estafiloma de la cornea general opaco, consecutivo á una keratitis neuro paralítica con eventracion del iris que habia sufrido, cuando empezó á sentir simpatias en el 0.1. se le hizo la enucleacion del 0.d. los síntomas desaparecieron, el muñon resultante se atrofió sin ningun accidente y sobre él se pudo colocar un ojo artificial que gozaba de todos los movimientos del normal.

Otros casos he observado, en los que estafilomas cicatricialcs se han inflamado, ya por un golpe, ya por el simple rose del aire ó de los párpados, se han perforado y despues de dar salida à una parte mas ó menos considerable del contenido del ojo, se han producido derrames seguidos de una abundante supuracion que han acarreado la tísis del ojo, del modo que lo hace notar el Dr. Wecker en la pág. 470 del tomo II de su obra.

(*) El único caso conocido de cáncer primitivo de la cornea lo refiere M. Stellwag en la pág. 347 del tomo I de la Revista Oftalmológica Lòndres, se trataba de un tumor eliptico de 2 milímetros de ancho por 1 de largo y casi 2[3 de espesor, este tumor estaba adherido á la cornea por un ancho pedículo que se perdia en el tegido degenerado de esta membrana, Graefe y Schweigger consideran este caso como sumamente raro, por eso lo he puesto aquí.

y frecuente de la fúsion del ojo, punto tan vasto como este solo pueden reasumirlo algunas observaciones. (11)

Los cuerpos estraños que con mas frecuencia suelen dar lugar á la atrofia del ojo, son en los niños, las bárbas de plumas mojadas aun en tinta (Wecker, pág. 478, t. 1) y en el adulto las capsulas de fulminante, etc., que las estudiaré al hablar del traumatismo.

Las quemaduras por la série de fenómenos á que dán lugar, suelen originar una atrofia del ojo, siendo en otros casos muy rápida la pérdida de éste, como sucede p. e. en los casos de quemaduras con pólvora. (16) **

Las Keratitis ulcerosas en general y en particular la neuro-paralítica, cuando son mal atendidas, cuando los enfermos no se han sujetado al uso indicado de la atropina y el vendaje, pueden dar lugar á una série de lesiones que en último resultado vienen á producir la atrofia del ojo, sobretodo cuando empiezan con gran intensidad, pues la inflamacion se propaga rápidamente á las partes profundas y acarrea la supuracion general del órgano. (14)

11. Juan Llames, inglés, recibió una herida en la cornea por donde salió la mayor parte del contenido del ojo que en menos de un mes quedó reducido á un pequeño muñon.

12. Benito Malvido, español, 27 años, sastre, se punzó con unas tigeras la cornea del 0.d.—se declaró un gran hipema, hubo eventracion del iris, como la herida era central se le puso atropina y en vendaje, en seguida se opacificó el cristalino, se abrió la herida nuevamente, se declaró una supuracion y el ojo atrofiado fué necesario enuclearlo por afectarse de un modo simpático el otro.

13. Elvira Casanabe, 7 años, entró con un leucoma cicatricial en el borde interno de la cornea del 0.d. resultado de una herida de alesna, el ojo está muy atrofiado, la impresion de los músculos rectos es muy notable y hay una alteracion profunda en todo el ojo, se le propuso la enucleacion por ser el muñon muy doloroso pero no quiso aceptarla.

14. Juan José Diaz, es un niño de 7 años, de pobre constitucion y que parece tener una tuberculosis hereditaria, pues el padre y un hermano han muerto de esta afeccion, entra con una keratitis neuro paralítica del 0.d. cuyo desarrollo ha sido favorecido por su estado general, segun opinion general, cuando los tratamientos empleados parecian ser ineficaces, pues el ojo se iba atrofiando, el enfermito murió de la lesion pulmonar, sin duda ya generalizada al cerebro.

Esclerótica—Entre las enfermedades de la esclerótica que pueden dar lugar à la atrofia ocular, solo enumeraré la esclero-coroiditis anterior y las heridas de esta membrana.

« La *eselero coroiditis anterior* es siempre una enfermedad muy grave que no podrá tratarse con éxito sino al principio y por un método muy enérgico. Luego que la distension de las membranas del ojo ha alcanzado cierto grado, las tentativas terapéuticas casi siempre son impotentes. La duracion de la enfermedad es larga, y aun despues de haber disminuido la inflamacion, es necesario preveer consecuencias funestas ó recaidas, y para evitar cuanto posible sea, es forzoso someter al enfermo á una vigilancia contínua. Es muy raro que un estafiloma quede aislado y circunscrito, sin agrandarse y turbar notablemente las funciones visuales. Sucede mas rara vez todavia, que un estafiloma esclerotical se cure espontáneamente. Por el contrario, se ha visto una distencion del globo bastante grande producir la ruptura de sus

15. Cárlos Corrales, 31 años, argentino, entró el 2.12:76 con una úlcera de la cornea y una necrosis muy estensa, se le hizo una pupila artificial por la que el enfermo veia bien, la enfermedad parecia que iba á concluir de un modo favorable cuando, repentinamente se declaró una abundante supuracion que terminó por la atrofia del ojo.

(**) 16. Pedro Iguas, vasco francés, de 40 áños, vino á consultar al Dr. Aguirre por un terigion que tenia en el 0.1.—el ojo derecho está completamente atrofiado los párpados y parte del lado derecho de la cara son el sitio de una estensa cicatriz, investigando la causa de esta lesion, me dijo que su oficio habia sido cohetero y que hacia cinco años, la esplosion de una cantidad de pólvora le habia originado dicha quemadura y rápida pérdida del ojo.

17. Ramon Britos, 72 años, español, se presentó á la clínica con una keratitis ulcerosa, tan intensa, que le originaba atroces dolores por estar ya afectado el iris. el uso de la atropina, alternado con la eserina y un constante vendaje, no pudieron evitar una sinequia anterior completa y la pérdiha del ojo consecutiva á la serie de fenómenos que ésta lesion habia originado.

He tenido ocasion varias veces de observar casos de atrofia del ojo originados por cuerpos estraños de la cornea, pero como estos dieron lugar á fenómenos de iritis que trajeron la lesion por irido coroiditis, los enumeraré al ocuparme de estas.

» envolturas, la cual fué seguida de la *supuracion y atrofia*
» *del ojo*, aunque esta triste terminacion tiene al menos la
» ventaja de librar al enfermo de la deformidad horrorosa
» de la buftalmia (Wecker, pág. 349, t. 1.) »

Las *heridas de la esclerótica* son graves, por la estension que pueden tener y por la facilidad con que dan salida á los humores del ojo. Wecker, dice, que cuando mas de un tercio del cuerpo vitreo salga afuera por una de estas heridas, el desprendimiento de la retina y la atrofia del ojo son casi inevitables. En las rupturas de esta membrana que siempre se efectúan cerca de la cornea, el resultado puede ser el mismo.

Iris—Las lesiones que en esta membrana pueden dar lugar á la tísis ocular, son; las heridas, los cuerpos estraños, el cáncer, etc., lesiones que en un todo producen su accion como las de la misma naturaleza que he estudiado en la cornea y que por consiguiente, no hay objeto en entrar en repeticiones, las pasaré por alto para volverme á ocupar de ellas cuando estudie la irido-coroiditis y la irido-ciclitis, pues las alteraciones de este diafragma por sus estrechas relaciones anotómicas, tienen que repercutir y propagarse al cuerpo ciliar y á la coroides.

Coroides—En esta membrana hay numerosas lesiones que pueden ocasionar la lesion que estudio, los diversos tumores que en ella se manifiestan como el mioma, sarcoma, cáncer, los quistes, tubérculos, su desprendimiento y atrofia son otras tantas de las lesiones que tendria que estudiar para hacer un estudio completo de ellas, pero que solo me es dado enumerarlas, para estudiar unas pocas.

Tubérculos—Esta lesion negada por algunos en la coroides, ha sido sin embargo demostrada de un modo evidente en estos últimos tiempos por Graefe, Manz, Stellwag, Porland, Tommasi y otros, y se comprende como en ciertos periodos la fusion del ojo debe de ser inevitable, como lo

es el pulmon bajo la misma lesion; y este seria tambien uno de los casos de verdadera tísis ocular. El Dr. Manz hizo el estudio anátomo-patológco de un ojo enucleado á una niña que murió con síntomas de tuberculosis aguda y mostró de un modo evidente la presencia de estos en la coroides, donde él creia el sitio primitivo del mal, contra la opinion de otros que creen que el tubérculo no puede atacar el ojo, sino despues de ser una enfermedad general.

En las sesiones que celebró el Congreso de oftalmologia en 1867, Graefe refirió un caso que habia observado con Leber en el cual los tubérculos fueron descubiertos en la coroides durante la vida, ilustrando, un diagnóstico dificil del mal, que se confirmó despues de la muerte, en la misma sesion Arcoleo espuso un caso idéntico al anterior. (**)

El *cáncer* es en esta membrana mucho mas frecuente que en las demas y ya he dicho de que modo produce la atrofia del ojo, en 104 casos de cáncer observados por el Dr. Eiselt. 47 veces se manifestó el mal en el ojo elijiendo de prefencia la coroides.

El *mioma de la coroides* es uno de los que con mas frecuencia se observa en este lugar y del *mio-sarcoma*, trae Wecker una observacion que la considera como única en la ciencia y que por ser demasiado estensa no la insertamos aquí, (ya hablaremos de ella en la anatomía patológica).

Los demás tumores que se manifiestan en la coroides, como los anteriores producen un desprendimiento de la retina, originan una alteracion profunda en el ojo y concluyen por traer del mismo modo su atrofia, el oftalmoscopo

(**) Graefe traza los caracteres oftalmoscópicos de los tubérculos ccroidianos del modo siguiente—en cualquier magnitud que tengan son redondos, en tanto, que las otras lesiones son mas ó menos irregulares ó dentelladas,—la capa pigmentaria que los cubre se adelgasa de la periferia al centro, al contrario de lo que sucede en las otras lesiones, además los tubérculos de la coroides no faltan nunca en la tuberculisacion general.

hace por otra parte fácil su diagnóstico y aconseja la enucleacion del ojo que debe infaliblemente atrofiarse á una coroiditis parenquimatosa.

Coroiditis entre las diversas formas de coroiditis, la parenqui-matosa y supurativa son las que casi siempre traen la tísis del ojo y el Dr. Wecker en la página 691 del tomo 1 de su obra, se espresa así, apropósito de la primera: « Rara vez hay ejemplos de que la coroiditis parenquimatosa, una vez bien declarada y habiendo una extension considerable, termine por la curacion. Entonces » *casi siempre sobreviene la tísis del ojo*, sea porque sobrevenga la supuracion, ó porque el órgano se atrofie lentamente. (*) Y en cuanto á la coroiditis supurativa la tísis del ojo es su terminacion fatal, ella puede manifestarse de dos modos: se sabe que esta enfermedad afecta en general una marcha muy rápida, atroces dolores atormentan al enfermo hasta que la enfermedad llegada á su apogeo, rompe la cornea, sale parte del contenido del ojo y de los productos inflamatorios y el enfermo queda libre de sus tormentos terminando el ojo por atrofiarse, el otro modo de manifestarse la tísis consiste en la atrofia insensible del ojo sin que el pus se haya abierto paso hácia afuera. (18)

En cuanto á su atrofia, dice Wecker, este accidente aun-

18. Luis Córdoba, 45 años, argentino, vigilante, hace 9 dias que está enfermo del 0.1. la enfermedad, principió por una rápida é intensa conjuntivitis, con la que amaneció despues de haber pasado la noche del 6.23:76 que era fria y lluviosa haciendo guardia, hoy tiene un gran Kemosis carnoso, el ojo muy aumentado de volúmen es el asiento de constantes dolores que apesar del uso del cloral le impiden conciliar el sueño, en tal estado ocupó el lecho No. 22 de la sala, al dia siguiente amaneció con los mismos síntomas, vómitos y 39 grados de temperatura, el mismo dia el contenido del ojo se abrió paso al esterior, disminuyeron los dolores, se estableció una constante supuracion y el ojo concluyó por atrofiarse—5 meses despues fué necesario hacer la enucleacion de dicho muñon pues el enfermo empezando á sentir dolores en el 0.d. volvió á la clínica. (Véase la anatomia patológica.)

(*) 19. Emmon Gasout, es un francés de 34 años, litógrafo que hace 7 meses se enfermó del 0.1. haciéndose ver en Rio Janeiro con

que raro es amenudo causa de la supuracion y de la completa atrofia del ojo.

IRIDO COROIDITIS É IRIDO CICLITIS—hasta estos últimos años ha existido una gran confusion en la mayor parte de los autores clásicos respecto á estos dos estados mórbidos, Mackensie el gran profesor de Glasgow, Testelin Wecker y otros, figuran en el número de estos autores.

El Dr. Andrés Garcia Calderon escribió el año 1875 una notable memoria sobre las diversas formas de irido-coroiditis, en la que establece de un modo bastante completo los límites de ambos estados patológicos, aunque no los difine bien, dice así: digo que hay una irido-coiriditis, sea que el principio tenga lugar por el segmento coroidiano ó por el diafragma del ojo (iris) toda vez que el círculo ciliar no es afectado directamente aunque la nutricion del ojo sea directamente comprometida, por el contrario la *irido ciclitis* se limita á determinar la flegmacia del iris y del cuerpo ciliar, comprometiendo tambien la nutricion de todo el ojo y ocasionando la atrofia. Todo esto (que en algo he modificado) hasta cierto punto es verídico, pero tiene sus errores, que la índole de este trabajo me impide criticar, pero lo dicho basta, para conocer que hay diferencias entre ambos estados patológicos en si mismos,

el Dr. Gama Lobo, quien diagnosticó una coroiditís parenquimatosa de naturaleza sifilítica—hoy el ojo ya está atrofiado y empieza á sentir simpatías en el 0.d. se le propuso la enucleacion, que él rechazó —conocida la competencia del Dr. Gama, no dudo de este diagnóstico y pongo aquí este caso como el único de tísis ocular observado por esta dolencia que haya tenido ocasion de observar apesar de su frecuencia.

Nota: No estudio aquí los casos de atrofia producídos por el glaucoma, porque rechazo la teoria de Graefe que la considera como una coroiditis cerosa, para aceptar la de Magni que localiza el mal en los nervios ciliares, me ocuparé pues de este punto cuando hable de la ciclitis.

20. María Barbosa, 22 años. paraguaya, entró el 8.29:77, hace un año recibió un golpe en el 0.d. y seis meses despues otro en el mismo lugar—los que originaron una ciclitis y esta una catarata, el ojo ter-

y en el modo de producir la tísis del ojo, desempeñando en este accidente el principal rol la *ciclitis* aunque ambos estados la originan.

El mismo autor hace la siguiente division de ambos males:

1° Irido coroiditis plasticas.

2° Irido coroiditis cerosas.

3° Irido-ciclitis } Espontánea (que es sumamente rara)
Traumática [accidental ó consecutiva à una operacion, etc.]
Simpática
Metastática.

Wecker hace notar la diferencia que hay en la Irido-coroiditis cuando principia por el iris ó la coroides—en la que comienza por la coroides los trastornos en las funciones del ojo, preceden generalmente á las manifestaciones de los signos inflamatorios por parte del iris y esta membrana no lleva el sello de una inflamacion primitiva. Derrames abundantes pueden haberse formado en el cuerpo vitreo, haber levantado la retina y alterado la nutricion del cristalino, hasta producir opacidades notables en dicho órgano, entonces cuando un exudado plástico acarrea la oclusion de la cámara posterior y cuando el iris inflamado está prominente hácia adelante, accidentes que tienen por resultado, al cabo de algun tiempo la *completa atrofia del ojo*.

El cuerpo ciliar á consecuencia de la compresion que

minó por atrofia y fué necesario enuclearlo. (Véase anatomía patológica.)

21. Juan Ruiz, 62 años, español, albañil, hace 3 años siente moscas volantes en el 0.d. en que ambas visiones están ya muy disminuidas, hay sinequias, kemosis, nefelium corneal; el iris verdoso, tuvo grandes dolores que han disminuido, este caso se resistió á todos los tratamientos y 6 meses despues el estado de atrofia era completo, fué una *irido coroiditis* plástica lo que la originó.

22. Nicolás Moravito, 40 años, italiano, cocinero, con muchos antecedentes sifilíticos y reumáticos, hace 7 meses está enfermo del 0.1. con el que apenas distingue la luz, tuvo dolores periorbitarios, fotofobia etc.—hoy ya el ojo está en principios de atrofia—la cámara anterior muy disminuida—la cornea opaca como en las keratitis punteadas—la pupila casi no existe, hay sinequias notables y un considerable hipopion—se diagnosticó una irido coroiditís plástica en el periodo

sufren sus vasos, llega á un estado en que se atrofia poco á poco la nutricion del humor vitreo y del resto del ojo queda tan interrumpida que este órgano se atrofia (aquí es el momento de recordar que el principal foco de la enfermedad está en la parte que contiene el gran círculo, arterial iridiano principal via de nutricion de las partes anteriores del ojo) —pasemos ahora á las observaciones que llenarán mejor nuestro propósito.

GLAUCOMA—esta terrible afeccion es con mucha frecuencia una de las causas mas poderosas de la atrofia ocular, sobretodo cuando la iridectomia ha sido infructuosa y recorre todas sus faces.

Para de Graefe, ella es una coroiditis cerosa y esta comprende todas las afecciones designadas bajo el epíteto general de glaucomatosas, por consiguiente debiamos de estudiar este punto entre las coroiditis, pero como ya hé dicho, rechazo esta teoría que considero errónea, para aceptar la de Magni; y estudio aquí la cuestion para hacer resaltar mejor la diferencia que existe entre esta y la ciclitis que acabo de estudiar con quien en último caso tiene que confundir de Graefe al glaucoma.

De Graefe cree que el glaucoma es siempre una coroiditis cerosa, esto no es cierto dicho de un modo absoluto, pues se sabe que todas las inflamaciones exudativas de la membrana bascular del ojo, que se desenvuelven detras de la ora serrata de la retina, dan lugar á un desprendimiento de esta membrana, lo que no se observa jamás en el glaucoma;

de atrofia..se ordenó un tratamiento anti-sifilítico, se hizo una iridectomia, pero nada pudo evitar la pérdida completa del ojo.

23. Juan Ruani, 50 años, italiano, entra enfermo del O.d. donde al tacto acusa notables dolores en la region ciliar con irradiacion á las ramas del tri-facial, numerosos copos llenan el cuerpo vitreo, el tacto revela una dureza, se diagnosticó una ciclitis, se hizo una iridectomia, se administró el calomel, en 21 dias el enfermo recobró la vision, pero una violenta y repentina supuracion originó en breves dias la tísis del ojo, que el enfermo no permitió se le enucleara.

procediendo por esta via de eliminacion se llega forzosamente á establecer el sitio del trabajo inflamatorio exudativo en la porcion ciliar de la coroides.

El siguiente cuadro comparativo, entre las coroiditis con exudado ceroso ó *ciclitis* y el *glaucoma*, no solo sirve para mostrar la diferencia notable que hay entre ambos males, sinó para refutar victoriosamente la toría de Graefe:

OJO ATACADO DE GLAUCOMA	OJO ATACADO DE CICLITIS
1 Curva de la cornea disminuida..	1 Exagerada
2 Iris con signos de atrofia.....	2 Hiperemia
3 Diámetros del bulbo disminuidos.	3 Aumentados
4 Cámara anterior disminuida...	4 Aumentada
5 Cámara posterior disminuida...	5 Aumentada
6 Paredes del bulbo espesas.....	6 Adelgazadas
7 Volúmen del cristalino disnuido.	7 Normal ó aumentado
8 Humor vitreo denso y consistente.	8 Liquido casi acuoso
9 Procesos ciliares semi atrofiados.	9 Hiperemiados
10 Porcion ciliar de la coroides, (signos atrofia).....	10 Hiperemiada
11 Coroides con signos de atrofia..	11 Hiperemiada
12 Papila óptica con escavacion...	12 Normal
13 Nervios ciliares atrofiados.....	13 Normales

en presencia de la antitésis completa que ofrecen estos

24. Micaela Martinez. 55 años, argentina, cigarrera, tuvo la fiebre amarilla el año 71, principiando entonces su actual mal, del 0.1. que coincidió tambien con la menopausa, ha sufrido grandes dolores ciliares, intermitentes que se irradiaban, la pupila está oval horizontalmente y dilatada irregularmente, no hay forfenos, el exámen oftalmoscópico es imposible pues el cristalino está cataratosa—el caso era inoperable y 5 meses despues de ser tratada por un curandero volvió á la clínica con el ojo en completo estado de atrofia y simpatias en el otro.

25. Pilar Agacas, 50 años de edad, argentina, costurera, ha sufrido muchos digustos y ha tenido dos veces el reumatismo, hace ocho años que empezó á perder la vista del 0.d. por medio de grandes dolores que le impedian conciliar el sueño, 6 años despues el 0.1. empezó á ser asiento de la misma enfermedad y se presentó á la clínica casi completamente ciega, se le hizo una iridectomia superior en el 0.1.

resultados necropsicos, es imposible admitir un orígen comun, una misma patogenia para ambas afecciones.

La atrofia de los nérvios ciliares admitida por Magní esplica pues perfectamente la marcha y las alteraciones del glaucoma, de que volveremos á hablar al tratar de la anatomia patológica.

RETINA—Entre las lesiones que se localizan en la membrana sensible del ojo y que pueden ocasionar la atrofia, figuran diversas clases de tumores y su desprendimiento.

La Retina puede perder sus relaciones normales bajo la influencia de 3 órdenes de causas principales.

1° Por consecuencia de una distension progresiva que tenga por efecto alejar sus inserciones central y periferica (desprendimiento por distension.)

2° Consecutivamente á la interposicion de un líquido ó de una sustancia concreta (tumor) entre esta membrana y la coroides (desprendimiento por levantamiento).

recobró la vista de un modo satisfactorio y la enferma se opuso á la enucleacion del 0.d. que se hallaba en un completo estado de atrofia.

26. Pedro Balbin, 53 años, maestro de escuela, de nacionalidad española, ha tenido enfermedades venereas, sifilíticas y dos veces un reumatismo mono-articular en la rodilla derecha que le ha originado una anquilosis incompleta—hace 7 meses empezó á perder la vista de un modo gradual pero bastante rápido, sobretodo en el 0.d. donde ha tenido unos dolores que aunque intermitentes eran insufribles, en el ojo izquierdo los dolores han sido menos y el enfermo aun conservaba cierto grado de vision con este ojo—este enfermo se negó á toda operacion y al año siguiente se hallaba en el Hospicio de Mendigos, ciego y con el 0.d. en completa via de atrofia.

Nota: He tenido ocasion de observar númerosos casos mas de iridocoroiditis, ciclitis y Glaucomas, cuyas historias figuraran en la tísis inaugural de mi condicípulo y amigo D. Pedro M. Castro, por cuya razon no las inserto aquí.

27. Entre los numerosos casos que he observado de desprendimiento retiniano y que figuraran en la tesis de mi distinguido condiscípulo E. Mujica, solo uno he observado, que haya presentado síntomas marcados de atrofia: era un militar de 26 años que habia recibido un traumatismo en la region superciliar derecha, consecutivamente á el se produjo un desprendimiento total y el ojo marchó sin interrupcion á la atrofia.

3° Por efecto de una traccion egercida sobre uno de sus puntos del lado de su superficie interna por un tegido patológico desarrollado en el cuerpo vitreo (desprendimiento por atraccion). Wecker. tom. 2. pag. 286.

El desprendimiento puede ser tambien en el sentido vertical ú horizontal, parcial ó general.

La Retina completamente desprendida toma la disposicion de un infundibulum cuya base mira hácia adelante y que M. Arlt, muy juiciosamente ha comparado, por la forma, á la flor de las convolvulaceas. En un gran número de casos estos desprendimientos generales son muy pronto seguidos de la aparicion de una catarata cortical blanda. Ademas, sin causa apreciable, estalla en las partes anteriores del tractus uveal síntomas de irritacion algunas sinequias unen el borde de la pupila á la catarata, se depositan productos calcáreos en las capas del cristalino subyacentes á la cápsula y, finalmente sobrevienen síntomas cada vez mas marcados de tísis del globo ocular (0. c. i. pag. 863).

Los diversos tumores que se presentan en la retina pueden ocasionar la atrofia del ojo, producen su desprendimiento, ó se abren paso al esterior, originando una série de lesiones que terminan por la pérdida del ojo.

Los Quistes han sido poco observados, habiendo en su produccion, algunos autores hecho desempeñar un gran papel á la herencia, como sucede en el glioma. Sichel dice haberlos observado en cuatro niños de una misma familia y otros autores citan muchos ejemplos semejantes.

El Glioma es mas frecuente y peligroso, se há observado de un modo conjénito y M. Knaff cita ejemplos de ello.

Cuando el tumor há originado un aumento muy notable de la presion intraocular, ocurre el caso de presentarse al esterior, y despues de eliminarse bajo la forma de un detritus grasiento, el ojo se atrofia completamente.

Entre las diversas formas de retinitis, la supurada es la

que con mas frecuencia y rapidéz puede producir la verdadera tísis del ojo, aunque llegado cierto periodo, se comprende que todas ellas puedan dar lugar al mismo resultado, aparte de las complicaciones que generalmente traen y que bastan para producir este accidente.

En el nérvio óptico preséntanse lesiones que aunque no siempre de un modo directo, suelen ocasionar la atrofia del ojo. M. A. de Graefe, Bothmund, Sichel y otros han publicado varias observaciones á este respecto.

HUMOR VITREO —La inflamacion crónica del cuerpo vitreo suele terminar por un abundante desarrollo de masas de tegido celular que, llegado á una época avanzada de su evolucion se retrae manifiestamente, despega entonces la retina y dá lugar á una atrofia completa que principiando por dicho humor termina con todo el ojo (Wecker p. 769. tomo 2).

Los cuerpos estraños del humor vitreo y sobre todo los los cisticercos concluyen por traer opacidades en el vitreo tan numerosas y espesas algunas veces que en el espacio de uno á dos años ocasionan una irido-coroiditis con tísis del ojo, que termina esta fatal afeccion.

28. **Poliuria Fosfática, catarata doble, operacion, fundicion completa del ojo:**—Claudina P., 52 años, entró al No. 11 de la Sala Santa Margarita al servicio del Dr. Cayet—conjuntivitis frecuentes en su infancia y durante sus embarazos—hace un año perdió la vista del 0.d. y tres meses del 0.1.—la enferma acusa frecuentes deseos de orinar, sequedad en la boca etc.—orinas—densidad 1018 contienen 6 gr. de fosfatos cálcicos por litro—los dos cristalinos opacos—M. Cayet operó las cataratas por el proceder clásico el 4.22:77 sin la menor dificultad, sin ningun accidente y en las mejores condiciones.—Las cataratas eran á capas corticales blandas con nuclenos duros, el enfermo pasó 3 dias bien cuando sin causa apreciable se declararon fenómenos inflamatorios y el ojo terminó por atrofia.

29. Virginia A. de edad de 40 años, afectada de una catarata doble entró al Hotel. Dieu el 22 de Abril de 1875 al servicio del Dr. Cayet, la catarata del 0.d. data de 6 años, la del 0.1. de 3 años, mestruacion dificil á 17 años, dolores nerviosos, reumatismo, gran exitavilidad, poliurin y fosfatos como en la obs. 28—fué operada el 2 de Mayo con un resultado análogo al caso anterior.

30. El Dr. Desmarres, padre, ha operado algunos enfermos, atacados

Ahora, antes de pasar á ocuparme del traumatismo, solo me resta decir algunas palabras sobre ciertos estados generales, que predisponen de un modo especial á la atrofia del ojo, el cólera morbus asiático en su forma mas maligna la diavetis Sacarina, la Albuminuria y la *diavetis fosfatica* tan sabiamente estudiada este año por el Dr. L. J. Teissier figuran al frente de estas afecciones que por si solas bastan para producir este accidente y que predisponen de un modo especial á ello, cuando se hacen operaciones en los estados indicados.

La pérdida brusca de una gran cantidad de agua en el cólera, obliga á los medios del ojo á ceder sus principios líquidos y de aquí disminucion del contenido del bulbo, que el estado de la sangre le impide rehacerse, la produccion de la catarata en la diavetis sacarina; y en la albuminuria otro género de lesiones, nos hace pensar que estas otras enfermedades obran de un modo semejante á la primera y que el mal estudiado por Teissier debe de figurar al lado de ellas.

A la eliminacion de una gran cantidad de fosfatos por la orina de un modo constante ha llamado Teissier diavetis fosfática, estado que complica a la poliuria.

Unas observaciones estractadas de esta obra llenarán

de diavetis sacarina, por gran exigencia de los mismos, y en los que la estraccion de cristalinos cataratados se practicó en las mejores condiciones (aparentes) del enfermo, durante la operacion no hubo ningun accidente que lamentar, el resultado inmediato de la operacion no pudo ser mas satisfactorio, los enfermos seguian bien durante los primeros dias y cuanto el éxito posterior de la operacion parecia segurado, el ojo era preso de una abundante supuracion que le llevaba á la tísis.

Nota: Se han hecho diversos esperimentos y se ha probado de un modo evidente que en los estados que acabo de estudiar las heridas de la cornea no se cicatrizan de un modo completo, en la pág. 105 de la obra de Teissier están algunos repetidos á propósito de la diavetis fosfática—todos estos puntos serán estudiados de un modo muy completo, por mi distinguido amigo y condíscipulo Santos J. Lopez en la notable tésis que sobre la patogenia de la catarata está confec cionando.

mejor nuestros propósitos; en la página 50 trae Teissier las siguientes. (Véase p. 43, nota 28).

TRAUMATISMO - Con este punto debo terminar el estudio de la etiologia de la tísis ocular, él es muy vasto y para esponerlo con precision tendria que entrar en repeticiones inoficiosas de puntos que ya he trazado.

Me limitaré pues á enumerar algo de lo que ya he dicho á este respecto. Las heridas de la cornea, de la esclerótica, etc., por cualquier causa que sean hechas he probado que son causas de atrofia, los golpes originados p. e. por los carreros con la punta del látigo se encuentran aunque con mayor violencia en el mismo caso, la esplosion de minas, los disparos de armas, etc., ya los he apuntado al hablar de las profesiones como causa de atrofia—en cuanto á las operaciones practicadas en el ojo, la estraccion de la catarata, cualquiera que sea, por otra parte el método y proceder seguido, (*) la iridectomia, la corelisis, etc., aparte de los estados especiales que he nombrado al estudiar la diátesis fosfática pueden por sí solas traer la fusion del ojo, (**) y en resúmen vienen á estar comprendidas en las clases de las heridas.

Remito pues al lector á los diversos capítulos que he estudiado al tratar de cada uno de estos puntos—el número

(*) Desconfiad de las cataratas traumáticas, dice el Dr. Trelan, ellas arrastran el traumatismo con todas sus variedades, con todas sus consecuencias, contusion y desgarraduras, profundas heridas de la cornea, esclerótica, cristaloides, iristis, irido-coroiditis, opacidades del cuerpo vitreo, cuerpos estraños mas ó menos voluminosos, desprendimientos retinianos y por último la atrofia del ojo. He ahí lo que siempre es menester preveer y temer.

(**) Mi distinguido maestro el Dr. Aguirre siempre ha operado por los procederes de de Graefe ó Liebreich, dando la preferencia á este último, y en mas de 30 operaciones de catarata que le he visto pràcticar, jamás se ha observado la atrofia del ojo—y en cuanto al resto de las operaciones han dado el mismo resultado satisfactorio. Siempre opera sin cloroformo, usa la atropina ó eserina segun el caso, administra el calomel y el cloral, muda constantemente el vendaje y es considerado como el primer oculista argentino, justo título que certifican su modo de operar y el feliz resultado que siempre obtiene.

considerable de enfermos observados, me ha convencido de la inutilidad de trazar aquí sus historias, pues es de suponer que si bien un traumatismo fué la causa ocasional de la tísis ocular, el golpe debió originar una ciclitis, irido-coroiditis ú otra de las lesiones que ya he estudiado y tendria que caer en repeticiones á este respecto, trazando historias de ciclitis, coroiditis, etc., que ya he enumerado, mas bien me ocuparé de algunos de estos casos al hablar de la anatomía patológica.

Sintomatología

Los sintomas son el áncora de salvacion del enfermo y la guia del médico.

Al hacer el estudio de los síntomas que presenta la tísis ocular, me encuentro con las mismas dificultades con que he tropezado en los capítulos anteriores, hasta cierto punto, este estado no tiene síntomas propios, él es un accidente, una consecuencia, pero de ningun modo una enfermedad aislada, luego los síntomas que lo caractericen tienen que ser los síntomas de los estados patolójicos que llegados á cierto grado lo han originado.

De modo que, al trazar esta sintomalogia tendria forzosamente que trazar la de la ciclitis, irido-coroiditis, etc.. en su periodo de atrofia.

Sin embargo de esto, cuando la atrofia del ojo ha llegado á un grado avanzado, tiene síntomas, por medio de los cuales se manifiesta que hasta cierto punto le son propios y que bastan por otra parte para caracterizarla cualquiera que haya sido la causa productora del mal, tales son entre otros, la disminucion en el volúmen del bulbo del ojo, su

blandura y la impresion marcada que en él dejan los músculos rectos.

Pero antes de llegar á este estado, puede sospecharse ya la atrofia del ojo, y se manifiesta por una série de fenómenos que se presentan en el curso de las enfermedades que la producen; en la irido-coroiditis plástica p. e. cuando no se ha podido contener á tiempo, los desórdenes aumentan dia á dia y cuando un exudado ha llegado á obturar el campo pupilar, aislando así las dos cámaras, se ve á la anterior disminuir de volúmen paulatinamente (por que está fuera del alcance de la fuente de secrecion del humor acuoso, que son los procesos ciliares, (*) que á su vez ya se han modificado) la cornea en contacto con un líquido que no solamente ya no se renueva, sinó que se ha hecho de mala naturaleza, hace que su nutricion se altere, lo que se revela por algunos puntos blanquesinos que aparecen en la membrana de Descemet y que pueden llegar hasta constituir no solamente la simple Keratitis punteada, sino tambien la verdadera Keratitis parenquimatosa (**) el iris á su vez se descolora, pierde su pulidez, su superficie se hace tomentosa y desaparece la direccion de sus fibras, dicha superficie tomentosa contrae, adherencias con la cornea ya alterada y acaba por desaparecer de un modo completo la cámara anterior ya muy alterada y disminuida; en la parte posterior del iris puede pasar otro tanto, habrá tambien una multiplicacion de elementos morbidos y los procesos ciliares continuarán segregando este humor acuoso alterado, hasta que llegára un momento en que este órgano se encontrára sofocado por una compresion?) y dificultado el ejer-

(*) Esto está completamente hoy probado y nuestras investigaciones anátomo-patológicas son una prueba convincente de ello, apesar de la opinion de autores distinguidos que consideran á la membrana de Decemet, como la fuente productora del humor acuoso.

(**) Como claramente lo demuestra un exámen minucioso, ayudado por las investigaciones anátomo-patológicas.

cicio de sus funciones, la actividad de su circulacion se habrá trocado en una éstasis cuyo último resultado será el general defecto de nutricion que traerá la atrofia del ojo, pues el líquido mórbido colocado detrás del iris no continuando segregándose, tendrá que reabsorberse, acabando por formarse una masa deforme, que adhiere el iris y los procesos ciliares á la capsula del cristalino y mas tarde á la zónula de zinn teniéndose entonces lo que de Graefe llama la retraccion de las masas neoplácicas. La traccion que se verifica sobre cada uno de estos elementos del ojo, privados de su nutriccion, alterados en sus funciones, propagados al humor vitreo, á la coroides, á la retina, etc., existiendo en una palabra, una degeneracion de todos los elementos del ojo, que á veces es el orígen de neuralgías atroces (no siempre de fácil esplicacion) y la fuente de oftalmias simpáticas que exijen imperiosamente la enucleacion del ojo enfermo, cuyo eminente peligro, del sano, justifica la operacion.

Tenemos, pues, una série de fenómenos, que con caractéres muy semejantes se presentan en la ciclitis; y con otros, en las variadas causas de atrofia, que nos sirven perfectamente, para diagnosticar á priori una atrofia del globo ocular y que forman hasta cierto punto la sintomatología de este estado.

Marcha, duracion y terminacion

No todo se puede determinar con exactitud en la ciencia.

La marcha y duracion de la tísis ocular es muy variable y está en relacion con la causa que la produce, esto se comprende fácilmente, una gran herida del ojo, ocasionada por

instrumento cortante, punzante ó por arma de fuego, dará fácil y rápida salida á los medios del ojo, que en breve tiempo se hallará en un estado completo de atrofia, una panoftalmia cuando es muy violenta y la supuracion se abre pronto paso al esterior, se halla casi en el mismo caso, al paso que la atrofia consecutiva á una irido coroiditis p. e. tiene que recorrer todo el cuadro de síntomas que he enumerado en la sintomatologia y para hacer esto necesita un periodo de tiempo mucho mayor, de modo que no se puede decir nada con exactitud respecto á su marcha y duracion, pudiendo ella estar comprendida entre dias y años.

En cuanto á su terminacion, la atrofia del ojo llegada á cierto período sigue su marcha desvastadora hasta que el ojo queda reducido á un pequeño muñon que puede ser doloroso ó indoloro, segun la causa que lo ha originado, pero que siempre, es un fantasma amenazador para el ojo sano, la fuente de oftalmias simpáticas que tarde ó temprano se han de manifestar, si la cirujía no interviene para separar del organismo los restos de un órgano que se han hecho estraño al cumplimiento de sus funciones.

P r o n ó s t i c o

Del pronóstico exacto depende la reputacion del médico.

Como se comprende fácilmente; el pronóstico de la tísis ocular siempre presenta gravedad, pues como ya he dicho, la ceguera, la pérdida completa de la vision, á causa del desarrollo de una oftalmia simpática en el ojo sano, es tarde ó temprano su fatal consecuencia—pero apesar de esto, esta terminacion no tiene siempre el mismo grado de gravedad, cuando el ojo se ha atrofiado á consecuencia de

la supuracion originada por la panoftalmia p. e. como nada ha quedado en su interior y el muñon es limpio, si así puede decirse, la oftalmia simpática si es que realmente aparece, tardará mucho en manifestarse, al paso que cuando un cuerpo estraño ha quedado en el muñon, éste, obrando como tal, producirá una irritacion constante que pondrá siempre en gran peligro á el ojo sano. Y en cuanto al resultado de la enucleacion cuanto mas próxima á la primera manifestacion de los fenómenos simpáticos ella se efectúe y mas libre este de contraindicaciones es claro que el éxito será mas favorable y por consiguiente el pronóstico menos grave.

Diagnóstico

La solucion favorable de los problemas médicos depende de la exactitud del diagnóstico, que es lo mas útil y difícil del arte de curar.

Llegada á cierto período, la atrofia del ojo, como ya he dicho anteriormente, es de un diagnóstico sumamente fácil, pues la disminucion del volúmen del ojo y la depresion marcada de los músculos rectos bastan para reconocerla.

Además, aun antes de haber llegado á este período, he hecho ver, que hay una série de fenómenos que se manifiestan antes que los dos síntomas arriba indicados, (que diré de paso pueden ser considerados como pagtonomónicos del mal) y que nos pueden hacer diagnosticar una invasora atrofia del ojo y como estos síntomas no son sino la espresion de una ó varias enfermedades que obrando como causa, producirán la atrofia, ellos nos sirven tambien para hacer un diagnóstico diferencial de las diferentes clases de tisis que he enumerado, fundado en la causa productora.

Hacer esto seria pues hacer el estudio de las afecciones del ojo que produeen la atrofia, seria narrar los síntomas de cada una de ellas para establecer este diagnóstico diferencial, cosa que, á mas de no tener ningun objeto para el fin que me propongo, hasta cierto punto ya lo he hecho al estudiar la etiología.

Anatomía patológica

El saber vale mucho pero el ser útil vale mas.

En este lugar me limitaré á exponer el resultado de mis investigaciones anátomo-patológicas, practicadas personalmente en nueve ojos enucleados por el Dr. Aguirre, durante el tiempo que yo le atendia la clínica, cuyas piezas se hayan en el museo que existe en dicha clínica; presediré este estudio de algunas lijeras consideraciones al respecto y trataré de hacerlo mas completo, exponiendo algunas observaciones del Dr. Iwanoff, estractadas de la obra de Mooren y en las que un prolijo exámen histológico, llenará este vacío que por motivos agenos á mi voluntad falta en las mias.

La anatomía patológica de la atrofia del ojo tiene que ser el resúmen, del conjunto de alteraciones que se observan en los diversos estados que producen este accidente—de modo que habrá diferencias entre los diversos ojos enucleados, y las alteraciones que en ellos se encuentren no serán sino la espresion de las lesiones observadas despues de la enucleacion en los ojos en que dichas enfermedades han ocasionado la atrofia.

En la irido coroiditis p. e. las lesiones que se encuentran en la cornea y esclerótica son: la *esclerótica* pocas veces al-

terada, generalmente rosada, pero cuando la cornea está muy alterada puede en algo participar ella, poniéndose delgada y azulada—las alteraciones de la *cornea* las he espuesto á grandes rasgos en la sintomatología—las alteraciones de ambas *cámaras* del ojo han sido espuestas en el mismo lugar—las del *iris* pueden presentar todos los grados de alteracion posible, desde el simple fenómeno de congestion hasta la purulencia completa—en la *coroides* y los *procesos ciliares* es donde se pasan las principales alteraciones, la coroides pálida y atrofiada en algunos de estos casos, está en otros casi intacta, los procesos ciliares siempre atrofiados en estos casos, están en los de ciclitis hiperemiados—la *retina* está generalmente desprendida, exepto en los casos de glaucoma; el *cuerpo vitreo* como lo ha demos-

31. Alejandro Llegas, Suizo, de 22 años, entró con una *irido ciclitis* que resistiendo á los medios médicos y quirúrgicos que se emplearon trajo la atrofia del ojo que se enucleó el 4.10:76 y cuyo exámen mostró:—El *humor acuoso* y *vitreo* eran reemplazados por un líquido sanguinolento y difluente, que segun la opinion del Dr. Aguirre era el resultado de una exudacion de la coroides y de los *procesos ciliares* que estaban duros, ingurgítados y muy notables debido al estímulo que en ellos existia—en una iridectomia que se hizo dias antes se halló cámara anterior. (*) La *retina* desprendida y adherida en conjunto al lugar de la herida que originó la atrofia situada en la region cilir—*iris* engrosado y carnificado. El *cristalino* faltaba y la *coroides* muy poco alterada.

32. Angelino Redondi, es un italiano, de 32 años que entró con una iritis sifilítica en el O.d. y un sifilides papulosa general, la que apesar de todo tratamiento se trasformó en *irido-coroiditis* que trajo la atrofia del ojo y si npatias en el otro, despues de enucleado el 5.7:76 fué examinado y reveló las siguientes alteraciones anatomo-patológicas—el volúmen muy disminuido—*procesos ciliares* blandos atrofiados y casi no existian—*iris* no se puede distinguir bien su consistencia y aspecto del *humor vitreo* solo existen vestigios y están difluentes—*cristalino* no existe—*Retina* rugosa y desprendida—*coroides* pálida y engrosada en ciertos puntos—dias antes se tentó una operacion y no se pudo hacer por la falta completa de cámara anterior—ahora el iris está completamente pegado á la cornea. (*)

(*) Estas dos observaciones nos muestran muy bien la diferencia que existe entre la *irido-coroiditis* y la *irido ciclitis*—nos enseñan el verdadero lugar donde se segrega el humor acuoso. Y el haberse hallado abiertas las heridas de la cornes hechas por el operador, nos prueba lo dificil que es su verdadera cicatrizacion.

trado Knapp, cuando no está lleno de copos ha sufrido una completa degeneracion.

El *cristalino* está generalmente opaco y esta opacidad puede depender de una simple catarata, de las adherencias con el iris ó con las falsas membranas pupilares. No es raro sin embargo como sucede en los casos que yo he observado, que tanto el humor vitreo como el cristalino hayan desaparecido, ó sean reemplazados por líquidos de otra na-

33. Esta observacion se refiere á José Rodriguez cuyo ojo fué enucleado por una *irido ciclitis—cornea* deformada y abovedada—*coroides* intacta—*cristalino* y *vitreo* forman una masa comun difluente -*Retina* desprendida pero sostenida por el nervio optico—*procesos* ciliares muy notables é hiperemiados, este ojo no estaba muy atrofiado pero ya habia despertado simpatias en el otro.

34. Maria Barbosa es la paraguaya de que he hablado en la obs. 20 cuyo ojo se enucleó por una ciclitis traumática—*bulbo* blando y lleno de un líquido sanguineo—*iris* deforme adheria á la cornea y procesos ciliares—*cristalino* cataratado se habia ya estraido—*Retina* desprendida y adherida al círculo ciliar—*procesos ciliares* hiperemiados—la operacion de catarata de que ya he hablado modifica y hace mas complicado este caso.

35. Luis Córdoba es un vigilante de 37 años, que entró con un flegmon del ojo izquierdo—cuyo pus se abrió paso al esterior y siendo el asiento de grandes dolores se enucleó porque además de esto se irradiaban al ojo sano—el exámen del ojo enucleado reveló—el *bulbo* muy blando—la *coroides* toda desprendida y muy alterada. La *Retina* solo en partes habia sido desprendida—el *humor vitreo* y el *cristalino* habian sufrido una degeneracion purulenta—pero las seldillas eran muy notables y los tabiques que las formaban habian adquirido mucha consistencia—el *iris* la *cornea* y los *procesos cíliares* casi no se distinguian—fué operado el 11.9:76.

36. Domingo Tabella, italiano, militar, con antecedentes sifilíticos —que perdió el 0.1. al parecer (por los datos que dá) de una oftalmia purulenta - dicho ojo está atrofiado, sin embargo la cornea está clara y tras de ella se ve un cuerpo blanquizco—que segun el Dr. Aguirre es el cristalino petrificado—hace 9 meses que el enfermo siente algunos dolores en ambos ojos y que ha empezado á perder la vista con el 0 d. por lo que se practicó la enucleacion el 11 de Junio de 1876—el exámen del ojo reveló—el ojo muy atrofiado y duro *esclerótica* muy dura y sonora al corte del escalpelo—el *cristalino* estaba realmente *huesoso* y con una saliencia en la que aun se distinguen algunos *procesos ciliares*. *Retina* restos diseminados—*iris* algunos vestigios unidos al cristalino—*humor vitreo* muy condensado, opaco y unido al cristalino.

37. Esta observacion se refiere á un moreno como de 30 años, cuyo ojo derecho, fué completamente destruido por una pedrada. Una fuerte hemorragia obligó su enucleacion 49 horas despues del accidente—el bulbo, los músculos y demas tegidos habian sufrido una enorme contusion que los habia transformado completamente y cuyo exámen minucioso fué imposible.

turaleza—estas son en general las alteraciones anatomo-patológicas de la irido-coroiditis, las de la ciclitis y del glaucoma están perfectamente bien espuestas, en el cuadro

38. Esta fué una *estirpacion* practicada por mi distinguido amigo y condicípulo el Dr. D. Enrique E. del Arca—se trataba de un italiano que á consecuencia de un tumor de mala naturaleza desarrollado en la cueva de Hymoro, sufrió una reseccion de varios huesos do la cara á consecuencia de la que fué afectado el O.d. que haciéndose ya inútil para el cumplimiento de sus funciones fué necesario separarlo del resto de la economía—el distinguido catedrático de la Clínica Quirúrgica Dr. D. Juan A. Argerich que con tanto éxito y simpatias regenteaba entonces como sostituto dicha clínica, despues de darnos una lucida clase sobre el caso, presidió la operacion que fué practicada con habilidad y prontitud—el exámen del ojo enucleado nos mostró—la *conjuntiva* carnificada,—la *cornea* adherida al *iris* casi no se distinguia—el *cristalino* y el *humor vitreo* intactos—la *coroides* y la *Retina* eran el sitio de una degeneracion especial.

39. Del Dr. Iwanoff, referente á un caso de atrofia sobrevenido despues de una estraccion de catarata—al abrirse el ojo sale un líquido trasparente que ocupaba todo el sitio del H. vitreo la cicatriz de la herida hecha para la estraccion del cristalino es poco notable y está cubierta de una capa espesa de epitelio—en la cara posterior de la cornea el borde pupilar del iris con los residuos de la capsula rechasada, se ve atraido en la cicatriz bajo la forma de un cono. De este cono emanan prolongaciones que van por todos lados, y que, sobre finos cortes trasversales embebidos de carmin, se distinguen claramente del tegido engrosado de la cornea por su tinte mas oscuro—este es el punto fijo hácia el cual se hallan atraidas las demás partes del ojo. Mas aquí la alteracion no ha alcanzado aun un grado bastante elevado para producir un desprendimiento de todos los órganos internos del ojo: solo entre el músculo ciliar y la esclerótica, en el punto opuesto á la cicatriz corneana, existe un débil desprendimiento, sin que la situacion normal de la Retina y de la coroides haya variado. No obstante, la fuerza de traccion que atrae las membranas hácia la cicatriz se manifiesta por los numerosos pliegues de la Retina que salen de la papila bajo forma de radios, y se dirijen de la cicatriz hácia la periferia. Es además muy probable que la contrapresion del líquido seroso ha contribuido tambien á impedir el desprendimiento de la retina. Este esceso de secrecion, que ha dado al ojo un carácter glaucomatoso, aumentando el volúmen y la consistencia del globo, ha sido provocado por la continua tension del iris y de la coroides (Donders.) El exámen microscópico de un corte.longitudinal. hecho á travez de la esclerótica y el cuerpo ciliar, descubre pocos signos de inflamacion, y los que existen se hallan principalmente en la porcion destacada del cuerpo ciliar y en las partes inmediatas. La inflamacion se limita en la esclerótica á la vecindad de las arterias ciliares anteriores que en ella ingresan. En este punto el tegido está abundantemente provisto de celulas y de vasos de orígen reciente. La tension que experimenta el cuerpo ciliar por su adherencia al iris, se halla aun favorecida por la retraccion de las capas celulares, que recubren la superficie interna de los procesos ciliares; hallamos, por consiguiente, de nuevo aquí las mismas condiciones para el desprendimiento del cuerpo ciliar que en los casos siguientes.

que representa el resultado de las investigaciones del Dr. Magni sobre estas dos enfermedades y que he espuesto con todos sus detalles en las páginas anteriores.

En cuanto á las demás alteraciones que pueden encontrarse en un ojo atrofiado, ellas son tan numerosas como

40. Atrofia consecutiva á la introduccion de un cuerpo estraño. El globo está fuertemente atrofiado, pues su diámetro ántero posterior no mide mas que 11 milímetros y 18 el trasversal—un fragmento de hierro se haya adherido al iris y cuerpo ciliar, la retina desprendida adhiere á una membrana que envuelve el hierro—por esto el cuerpo ciliar sufre una doble tension, por la retina hácia el cuerpo estraño, por el iris hácia la cicatriz de la cornea por donde aquel penetró—el microscopio muestra una infiltracion celular en el cuerpo ciliar, entre este y la esclerótica hay una abundante capa de evudacion donde hay varias clases de células y una rica vascularizacion—hay tambien vestigios de los nervios ciliares, arrancados por consecuencia de la traccion de los haces musculares hay un mayor espesor de la membrana de Schwan. Las arterias ciliares anteriores no están aun rotas por el desprendimiento, mas si, fuertemente tendidas y los mismos haces musculares del cuerpo ciliar se hallan desviados de su situacion normal por la traccion que el iris ejerce hácia la cicatriz de la cornea —además de esto se observan vestigios del H. Vitreo, de la capsula seca del cristalino y el borde pupilar del iris.

41. Corresponde á un abceso desarrollado en la cornea del 0.1., que trajo la atrofia del mismo: *iris* completamento adosado á la membrana de Descemet—*cuerpo ciliar* un poco mas espeso que en el estado normal cuya superficie interna está cubierta de epitelio—*coroides* engrosada y desprendida en ciertos puntos—*Retina* atraida hácia adelante por bridas de tegido celular nuevo que nacen de la ora serrata—*cuerpo vitreo* desprendido y rechazado contra el *cristalino* que está opaco y adherente al borde pupilar—al microscopio, los elementos de la retina algo atrofiados, sus vasos adelgasados y obliterados, en la coroides aglomeraciones glanulosas—*cornea* ha perdido su estructura normal cambiándose en un tegido de fibras celulares entortilladas. La *membrana de Descemet* ofrece numerosos pliegues en toda su estension. La de *Bowman* ha sufrido una atrofia total—existe una inflamacion en el borde ciliar del iris y que se estiende á la ora serrata invadiendo el cuerpo ciliar, la esclerótica y el vitreo de esta region. El tegido de la esclerótica se halla abundantemente infiltrado de celulas y vasos en todas las cercanias del plexo venoso (canal de Sckemm)—sobre la capa interna de los procesos ciliares hay una espesa capa de tegido celular neoplásico atravesada por vasos y celulas—estos vasos nacen de los ciliares y retinianos, la lente está enteramente envuelta por una masa glutinante que viene del iris—el cuerpo ciliar adhiere en algunos puntos á la esclerótica—la parte anterir de la retina infiltrada de celulas.

Nota: La demasiada estension que presentan las demás observaciones del Dr. Iwanoff y algunas de de Graefe que trae Wecker en su monumental obra de enfermedades de los ojos, me privan del placer de insertar en mi trabajo, apuntes tan importantes.

variadas, pueden hallarse cuerpos estraños como cápsulas de fulminante en los militares, pedacitos de piedras en los mineros, cisticercos, etc., nada me parece mejor para hacer comprender bien esto, que las observaciones que espongo á este respecto y que bajo cualquier punto de vista que se las considere son de una gran importancia—(teniendo la satisfaccion como ya he dicho antes, de poder presentar ocho que me son enteramente personales, observadas en la clínica del Dr. Aguirre y que llevan los núneros del 31 al 38 inclusive).

Tratamiento

Fué singularmente atrevido el primero que osó retirar un ojo del recto del organismo.

Cuando la tisis ocular ha llegado á cierto período de su desarrollo, el tratamiento que ella exije es puramente quirúrgico y hasta cierto punto podria llamarse profiláctico—pues ya no se trata de curar un órgano que estando completamente perdido, no solamente es inútil para el cumplimiento de sus importantes funciones, sino que se trata de separarlo del resto del organismo para librar al que queda sano, de su influencia perniciosa que, si siguiera obrando de un modo constante concluiria por afectarlo tarde ó temprano, si el arte no interviniese, lo que obliga al médico, una firme resolucion en la operacion, so pena de entre dos males exponerse á elegir el mayor representado por la oftalmia simpática y sus funestas consecuencias, mientras que haciendo la operacion destruye un eminente peligro pues «*sub-lata causa tollitur efectus*».

Sin embargo, cuando el mal se ha podido sospechar con

anticipacion, por haberse manifestado los síntomas que en otro lugar he tenido ocasion de enumerar y se conoce tambien la causa productora del accidente, debe de intervenir la terapéutica, con los poderosos medios que tiene á su alcance para detener los progresos de un mal que traerá tan graves consecuencias—p. e. el yoduro de potasio y las preparaciones mercuriales al interior, los colirios de atropina y eserina para evitar ó romper las sinequias por medio de una gimnasia iridiana, la oscuridad, las inyecciones hipodérmicas de morfina para calmar los dolores irradiados del ojo y las fricciones periorbitarias con tinctura de yodo en los casos de iritis sifilítica que tiene tanta tendencia á trasformarse en irido coroiditis para producir la atrofia del ojo, pueden prestar grandes servicios, unidos muchas veces á las operaciones que se practican en el iris, entre las que deben figurar en estos casos, la corelisis y la iridectomia—igual cosa podria decir del tratamiento médico de las demás lesiones que producen la tisis ocular.

Pero dejaré esto á un lado, para pasar á ocuparme de la separacion del ojo de la cavidad que lo contiene por ser esto la base fundamental del tratamiento de esta lesion. Dos son los métodos principales que posee la ciencia cuando se trata de extraer en totalidad el globo del ojo. En el primero, la *enucleacion*, se practica la seccion de los tendones de los músculos oculares, separando, ó mejor desprendiendo el ojo de la cápsula de tenon, procurando conservar no obstante, la mayor parte de dichos músculos y el cojinete célulo-adiposo que reviste coquetamente la cavidad orbitaria. En el segundo método, la *extirpacion*, indicado por Dupuitren como el anterior por Bonet de Lion, la extraccion del ojo se verifica ó ejecuta conjuntamente con todas las partes blandas que rodean dicho órgano y llenan la órbita.

Propiamente hablando, este segundo método no se practica hoy sino cuando las partes blandas que han de ser se-

paradas, están degeneradas á la par del globo ocular, ya sea simultánea, primitiva ó consecutivamente, es decir, cuando dichas partes participan de cualquier modo del estado patológíco que ha invadido el ojo.

Pero segun se espresan los doctores Sichel, padre é hijo, en unos articulos publicados en la página 56 del tomo LVIII de los anales del oculista, hay posibilidad de encontrar en la práctica algunos casos en los cuales la enucleacion, por consecuencia de ciertas condiciones locales, exigirian la diseccion con el bisturi de algunas porciones de los tejidos enfermos, siendo entonces susceptible dicha operacion (la enucleacion) de algunas modificaciones que la aproximarian en parte á la extirpacion ocular.

Semejante consideracion á inducido á los doctores Sichel á proponer una nueva operacion, que han designado con el nombre de *enucleo-diseccion*. En esta operacion, mixta en cierto modo, se combina la clásica enucleacion (Bonnet) con la extirpacion simple.

Las circunstancias en las cuales hay que apelar á la enucleo-diseccion son las siguientes: cuando hay adherencias entre un punto cualquiera del globo ó de los tegidos ambientes y de las paredes orbitarias; en las alteraciones, aunque sean muy circunscritas, de uno ó de varios músculos oculares, si existe un tumor ó una induracion situada sobre el trayecto de uno de estos. Impidiendo como muy bien lo hacen notar los doctores Sichel, tales condiciones patológicas, la miotomía y la tenotomía de uno de los músculos oculares, pueden, no obstante, dejar subsistir la posibilidad de practicarla en alguno de los otros músculos, circunstancia que facilita mucho la operacion, á la vez que la hace mas simple y rápida, siquiera el operador se vea obligado á recurrir al bisturi para la diseccion de las partes musculares ó de las que estén interesadas en la adherencia ó en la alteracion local.

La *enucleo-diseccion* ocular puede ser, por lo tanto, aplicable en muchos casos en que no pueda serlo la pura y simple enucleacion, teniendo sobre la antigua extirpacion las mismas ventajas que aquella, pues que además de simplificar la operacion, será en todas ocasiones menos vulnerante y menos expuesta á accidentes consecutivas.

Por lo espuesto se comprende fácilmente los casos en que cada uno de estos procederes operatorios es aplicable.— Y en cuanto á la *avulsion* brusca del ojo jamás la ciencia la ha ejecutado y los casos que de ella se conocen son debidos á la casualidad. La *amputacion* del hemisferio anterior del ojo solo se usa en los casos de estafílomas general opaco donde Crichett y Wecker la han aplicado con mucho éxito.

Hechas estas lijeras consideraciones pasaré á ocuparme de la simple enucleacion propuesta por Bonnet de Lion por ser este el proceder que mas se relaciona con la índole de mi tesis que estudia la tisis del globo del ojo libre de complicaciones en sus anexos y que es justamente el caso en que dicha operacion está mas indicada.

CUIDADOS PRELIMINARES—Es hasta cierto punto indispensable que antes de proceder á la enucleacion de un ojo sea sometido el enfermo á ciertos cuidados llamados preliminares, que tienen por principal objeto prevenir un determinado número de accidentes que pueden dificultar la maniobra operatoria, ó que despues de ella, pongan en peligro el éxito de ella ó al enfermo.

El Dr. Aguirre hace tomar un purgante mecánico la víspera de la operacion. De esta manera permanecerá mejor el enfermo en cama. Se examinarán con cuidado los aparatos de la respiracion y circulacion, buscando con atencion si existe alguna cosa que contraindique el uso del cloroformo tan usado en estos casos.

INSTRUMENTOS INDISPENSABLES—Blefarostat ó simples elevadores para levantar los párpados, pinzas de fijar, un

gancho romo de estravismo, un par de tíjeras curvas sobre el plano, un bisturi—además pequeñas esponjas, agua fria, percloruro de fierro para los casos de hemorragias, agujas de suturas con seda, etc., etc.

MANIOBRA OPERATORIA—Colocado enfermo en la cama de operaciones despues de cloroformado é inmovilizado por los respectivos ayudantes, se procede á la operacion.

He aquí como la describe el mismo Bonnet de Lion. Despues de haber separado los párpados con los instrumentos indicados corto el músculo recto interno con las mismas precauciones que en la operacion del estravismo; deslizando despues las ttgeras á travéz de la herida que he hecho, las hago penetrar entre esclorotica, de una parte, y la faja conjuntíval y los músculos de otra; corto circularmente todos los músculos rectos cerca de su insercion en el ojo. Despues de esta seccion, solo falta dividir tan cerca como es posible, del bulbo los dos oblícuos y luego el nérvio óptico.

El ojo entonces se desprende sin haberse interesado ningun vaso, ni nérvío y sin haber penetrado en las grasas de la órbita.

Este proceder operatorio solo ha sufrido modificaciones insignificantes destinadas á conservar, cuanto sea posible, la conjuntiva, á cortar los músculos lo mas cerca posible de la esclerotica etc. el Dr. Aguirre usa para mayor comodidad dos ganchos de estravismo en vez de uno y en ciertos casos corta el nérvio óptico lejos de su insercion ocular. Rara vez sobreviene hemorragia y esta cede á la simple compresion, la primer cura se hace en seguida por medio de un vendaje, compresivo, poniéndose sobre el ojo constantes fomentos frios para disminuir la inflamacion concecutiva y cuando algunos dolores atormentan al enfermo el hidrato de cloral los calma; por mi parte jamás he visto sobrevenir ningun accidente y apesar del traumatismo el

termómetro nunca ha marcado mas de 38 grados. La curacion por primera intencion se obtiene con tanta rapidéz que algunas veces se ha permitido á nuestros enfermos, hacer uso durante algunas horas cada dia, del ojo artificial, ocho ó quice dias despues de la enucleacion, los que gozaban al ver un ojo que disfrutando de todos los movimientos era á veces difícil distinguirlo del natural y esta es una de las grandes ventajas del método, dejar un muñon mobible, formado por la cápsula de tenon, músculo, etc. que dá á la pieza artificial todos los movimientos del ojo normal—Sin-embargo, la pieza artificial no debe de ser colocada hasta que el ojo no esté bien curado, debe ser proporcionada al volúmen del muñon y en los niños hay que tener precaucion de mudarla.

Esta enucleacion que tarde ó temprano debe de hacerse en los ojos atrofiados, tiene otras indicaciones y tambien sus contra indicaciones que para hacer mas completo este punto las exponemos en seguida, despues de decir que ella puede ser preventiva ó curativa.

La primera tiene como contra indicacion general: cualquier grado de vision en el ojo á enuclear—insensibilidad de los muñones—pequeños estafílomas y otras alteraciones indolentes.

Como contra indicacion especial: el reposo completo de todo proceso inflamatorio y terminacion del mismo,

La enucleacion *preventiva* está indicada:—1° En los flegmones ó panoftalmias oculares—2° en los grandes traumatismos con desorganizacion del ojo—3° en las heridas de la region ciliar con participacion del cristalino, vitreo y pérdida de la vision—4° en los casos de penetracion de cuerpos estraños con amaurosis—5° en las atrofias sensibles y dolorosas—6° en las atrofias ú otras deformaciones indolentes, con amaurosis total y difinitiva, cuando estas alteraciones son un obstáculo para llevar un ojo artificial 7°

en los estafílomas anteriores voluminosos y en los pequeños estafílomas multiples de la zona esclero corneana con pérdida de la vision—8° en las hidroftalmias y glaucomas dolorosos no modificados por la iridectomia—9° en las irido ciclitis, irido-coroiditis, irido-capsulitis traumatica ó espontáneas, con amaurosis y un estado de irritacion crónico.

En cuanto á la enucleacion *curativa* ella se practica en los siguientes casos de forma de oftalmia simpática.

a—*Forma irritativa*, comprende todo género de trastorno funcional simpático, no acompañado de lesiones orgánicas; y como he dicho la enucleacion es indicada:—1° en todos los bulbos atrofiados aun en los indoloros encerrando ó no un cuerpo estraño—2° en todos los estafílomas irritativos, hidroftalmias, desprendimientos retinianos, glaucomas, dolorosos y otras alteraciones de las membranas profundas con pérdida de la vision—3° irido coroiditis irido-ciclitis, irido capsulitis traumáticas ó espontáneas con amaurosis—4° en estas mismas afecciones cuando el ojo á enuclear conserva áun cierto grado de percepcion visual o pueda adquirir mas tarde por una operacion de un resultado aunque dudoso.

b—*Forma maligna.* «*Iritis plastica, irido ciclitis é irido coroiditis*» es tambien indicada:—1° en las atrofias dolorosas espontaneamente ó la presion, en los muñones sensibles conteniendo un cuerpo estraño ó una produccion ó sea—2° en los globos atacados de alteraciones crónicas dolorosas persistentes que no pueden ni podrán en lo sucesivo poseer facultad visual.

La misma enucleacion está *contraindicada*: en las atrofias indoloras, pequeños estafílomas y leucomas adherentes y en toda otra afeccion cuyo poder reasible parece temporalmente suspendido ó difinitivamente detenido.

Además está *especialmente contra indicada*: Cuando el globo á enuclear cualquiera que sea la lesion, su estado de

irritacion ó de calma relativo, conserva una cierta facultad visual, ó puede obtenerla por una operacion ulterior «esta contra indicacion existe aun al principio de la forma maligna francamente declarada.»

c—*Forma benigna, irido ciclitis cerosa, iritis benigna ê irido keratitis.*»

Las mismas indicaciones que en la forma benigna; siempre la anucleacion será ampliamente practicable. y los casos dudosos anteriormente serán resueltos en favor de la enucleacion.

d—*Formas raras.* Para la retinitis y retino coroiditis las indicaciones son las mismas que en la forma benigna; y en cuanto á las formas escepcionales, desprendimiento retiniano, glaucoma, escavacion de la papila y atrofia del nérvio óptico,» la certitud del diagnostico será la condicion esencial de la indicacion operatoria que debe ser de la mas gran reserva.

Por lo espuesto se comprende fácilmente el vasto campo de accion de la enucleacion del ojo y la importancia de la operacion.

En los casos que he observado el éxito no pudo ser mas completo y ningun accidente hubo que lamentar, por su parte el Dr. Vignause en 207 casos de enucleacion solo ha observado los siguientes accidentes consecutivos á la enucleacion.

Exito completo sin accidentes 185 veces—Hemorragias 8—Ericipela 1—Flegmon del párpado superior 1—Tendencia á flegmon de la órbita 6 —Flegmon de la órbita 4—y 2 casos de muerte en la que la operacion tomó una parte muy accesoria.

Ante los resultados tan satisfactorios que presenta esta inofensiva operacion tanto inmediatos como lejanos creo que estos accidentes no deben llamar mucho la atencion del médico. Y que ella debe de practicarse desde que la indi-

cacion se presenta, pues volver la vista á un ojo que la está perdiendo, con solo la estraccion de otro que ya no solo es inútil para el cumplimiento de sus funciones, sinó que es perjudicial al resto de la economia, es una de las conquistas mas grandes de la cirujia ocular que en este caso merece el verdadero nombre de conservadora.

He concluido señores la tarea que me impuse, quizá no os halla llenado de satisfaccion como no he podido tampoco satisfacer mis deseos, pero recordad; que ser médico es apenas dejar de ser estudiante pero no es estar en la cima de la montaña y dominarlo todo y que si he sido atrevido al abordar una cuestion tan difícil, ha sido, no solo porque lo he creido un deber como cultivante de la ciencia, abordar un tema que juega el oscuro papel de misterio, sino porque no he podido detener el vuelo de mi inteligencia juvenil estimulada por el entusiasmo que me dan las conquistas cientificas, al frente de las que deben figurar la *Tisis ocular* y su tratamiento por la enucleacion.

EULOGIO FERNANDEZ.

V° B°

Cleto Aguirre.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

(Sobre los diversos ramos que comprende el estudio de la Medicina en Buenos Aires)

ANATOMIA DESCRIPTIVA—Descripcion del corazon humano. *y de la lengua.*

ANATOMIA TOPOGRAFICA—Region orbitaria.

HISTOLOGIA—La sangre.

HISTORIA NATURAL MÉDICA—Descripcion é importancia de los vejetales.

FISIOLOGIA—Funciones del cerebro.

PATOLOGIA GENERAL—El Diagnostico.

HISTORIA DE LA MEDICINA—Consideraciones sobre la Homeopatia.

MATERIA MEDICA Y TERAPEUTICA—Consideraciones sobre el opio y el cloral. *de los balsamicos.*

HIGIENE—De los Hospitales en general y en particular de los de Buenos Aires.

PATOLOGIA INTERNA—Fiebre Amarilla y Cólera.

PATOLOGIA ESTERNA—El Cáncer. *De la supuracion en las enfermedades internas*

ANATOMIA PATOLOGICA—Lesiones que deja la fiebre tifoidea despues de la muerte.

ENFERMEDADES DE NIÑOS—La Coqueluche.

ENFERMEDADES MENTALES—Consideraciones Generales.

OFTALMOLOGIA—Consideraciones sobre la naturaleza del glaucoma.

CLINICA OFTALMOLOGICA—Métodos y procederes para la operacion de la catarata.

CLINICA MEDICA—Importancia Clínica de la termometria en la fiebre tifoidea? Metodos de diagnostico para las afecciones cerebro espinales.

CLINICA QUIRURGICA—Operaciones de los aneurismas.

TOXICOLOGIA—Envenenamientos por el fósforo y el arsénico.

MEDICINA LEGAL—Causas de nulidad del matrimonio y signos de la muerte. ¿Que se debe entender por niño recien nacido?

OBSTETRICIA—Diagnostico del embarazo.