



Man. B. 30.7

Año 1917

No. 3236

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Contribución al estudio de algunas formas clínicas

— DE —

IRITIS ESPECÍFICA

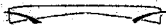
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

— POR —

HECTOR U. FERNANDEZ

DE LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE 1911 a 1917



CASA EDITORA

VITULLO OSORIO HNOS. S. S.

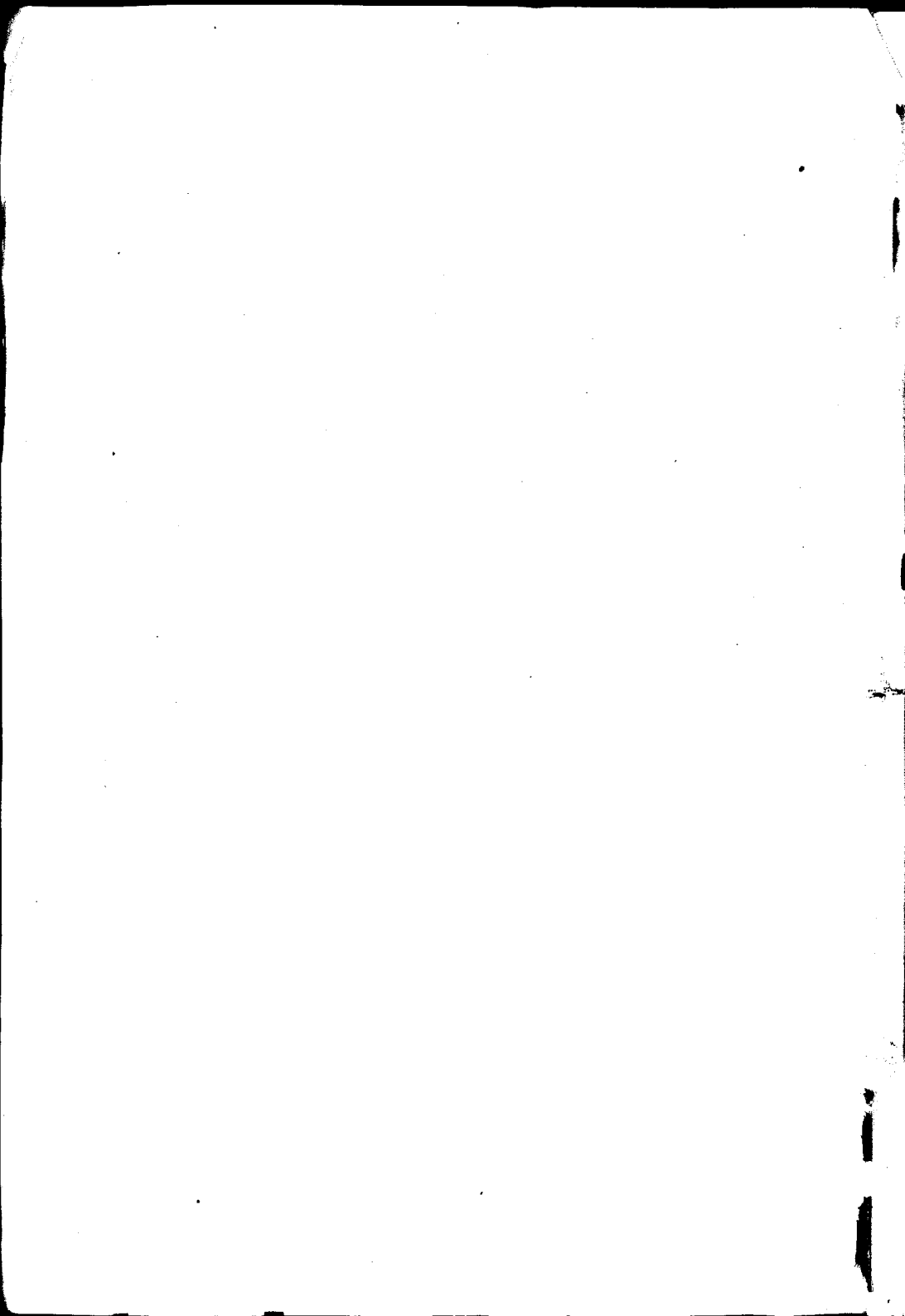
ARRAZ 2152 esq. PARAGUAY S. S.



SOBRE ALGUNAS FORMAS CLÍNICAS

— DE —

IRITIS ESPECÍFICAS



Año 1917

No. 3236

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Contribución al estudio de algunas formas clínicas

— DE —

IRITIS ESPECÍFICA

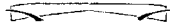
TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

— POR —

HECTOR U. FERNANDEZ

DE LA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE 1911 a 1917



CASA EDITORA

VITULLO OSORIO UNOS : :

ARRAZ 2152 esq. PARAGUAY : :

*Man
OSORIO
UNOS*



La Facultad no se hace solidaria de
las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. JOSÉ PENNA

Vice-Presidente

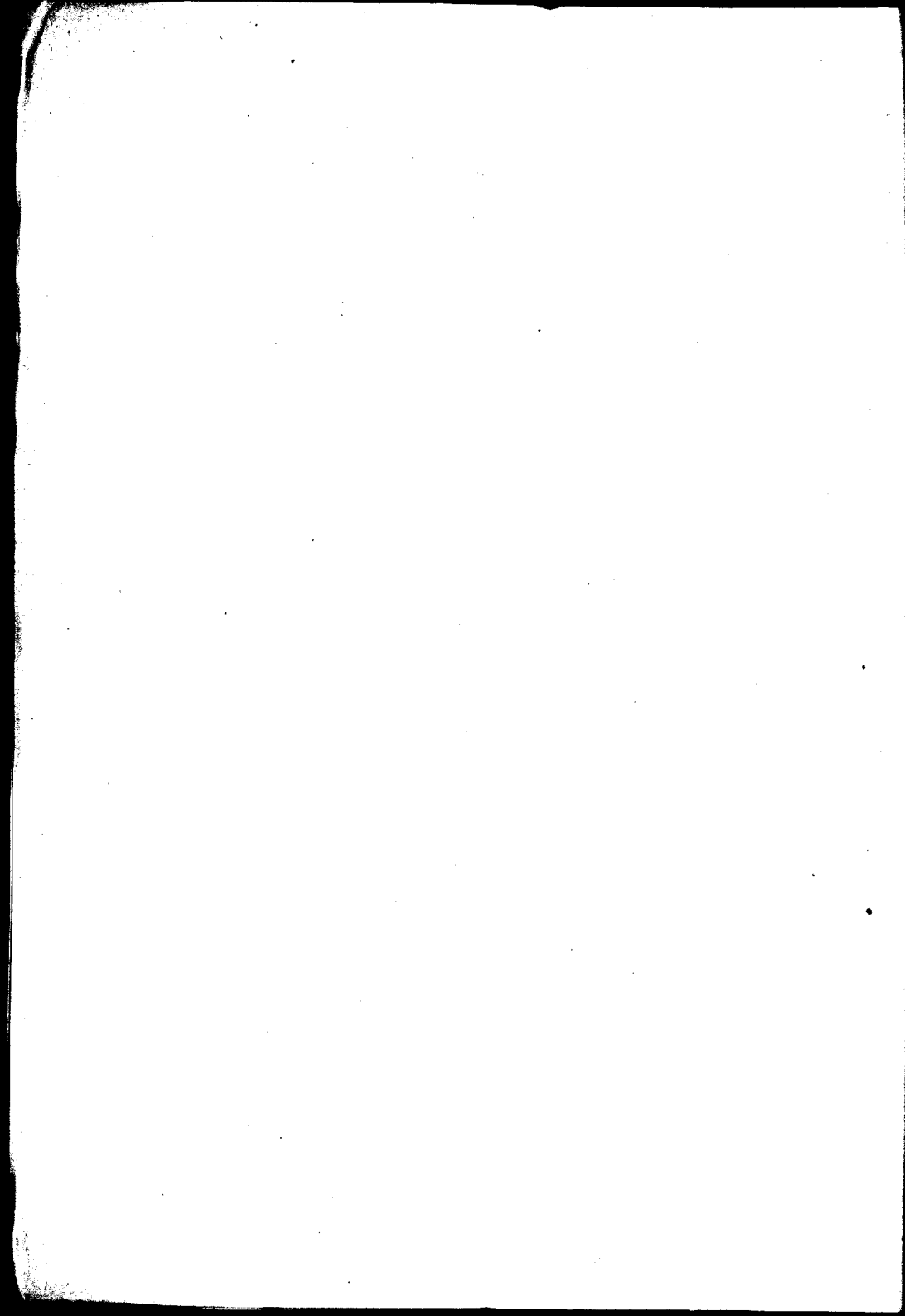
DR. D. DOMINGO CABRED

Miembros titulares

1. DR. D. EUFFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GÜEMES
6. " " ELISEO CANTÓN
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE BAZFERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PINERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRÁN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIÓGENES DECOLD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBBERO

Secretario

DR. D. DANIEL J. CRANWELL
" " MARCELINO HERRERA VEGAS

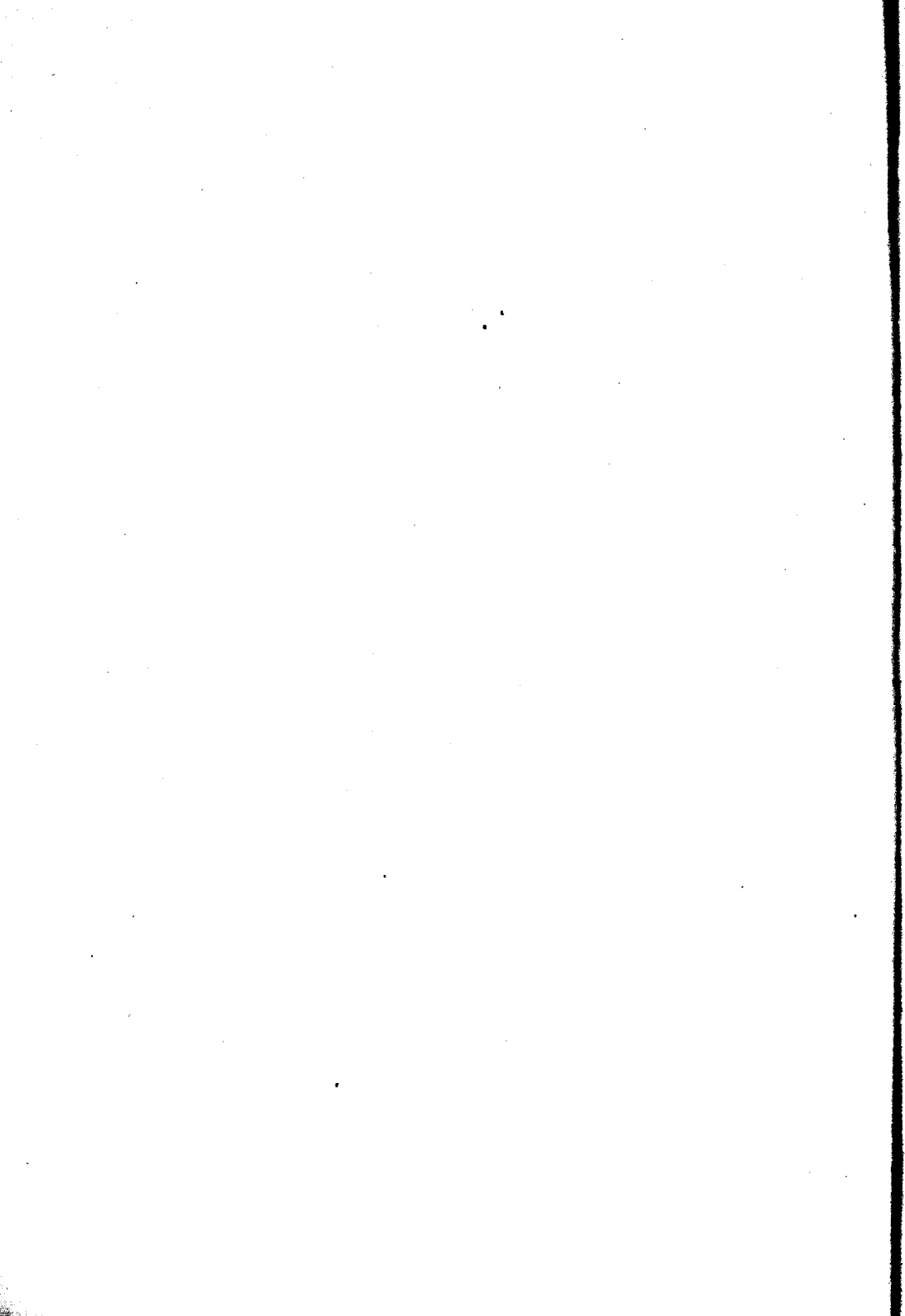


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Decano

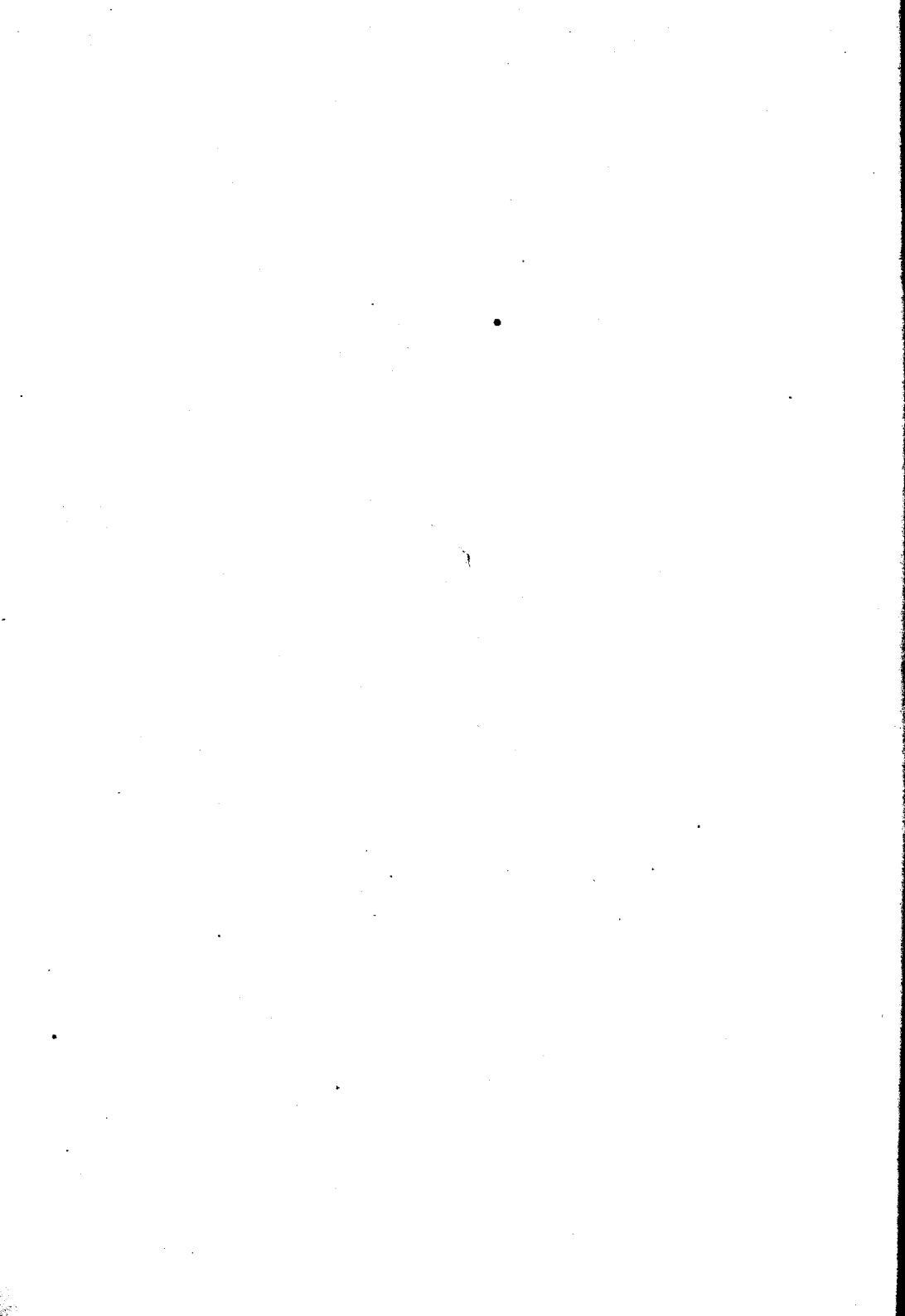
DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
" " ELISEO CANTON
" " ANGEL M. CENTENO
" " DOMINGO CABRED
" " MARCIAL V. QUIROGA
" " JOSÉ ARCE
" " EUFEMIO UBALLES (con lic.)
" " DANIEL J. CRANWELL
" " CARLOS MALBRAN
" " JOSÉ F. MOLINARI
" " MIGUEL PUIGGARI
" " ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
" " FANOR VELARDE
" " MARCELO VISAS
" " IGNACIO ALLENDE
" " PASCUAL PALMA

Secretarios

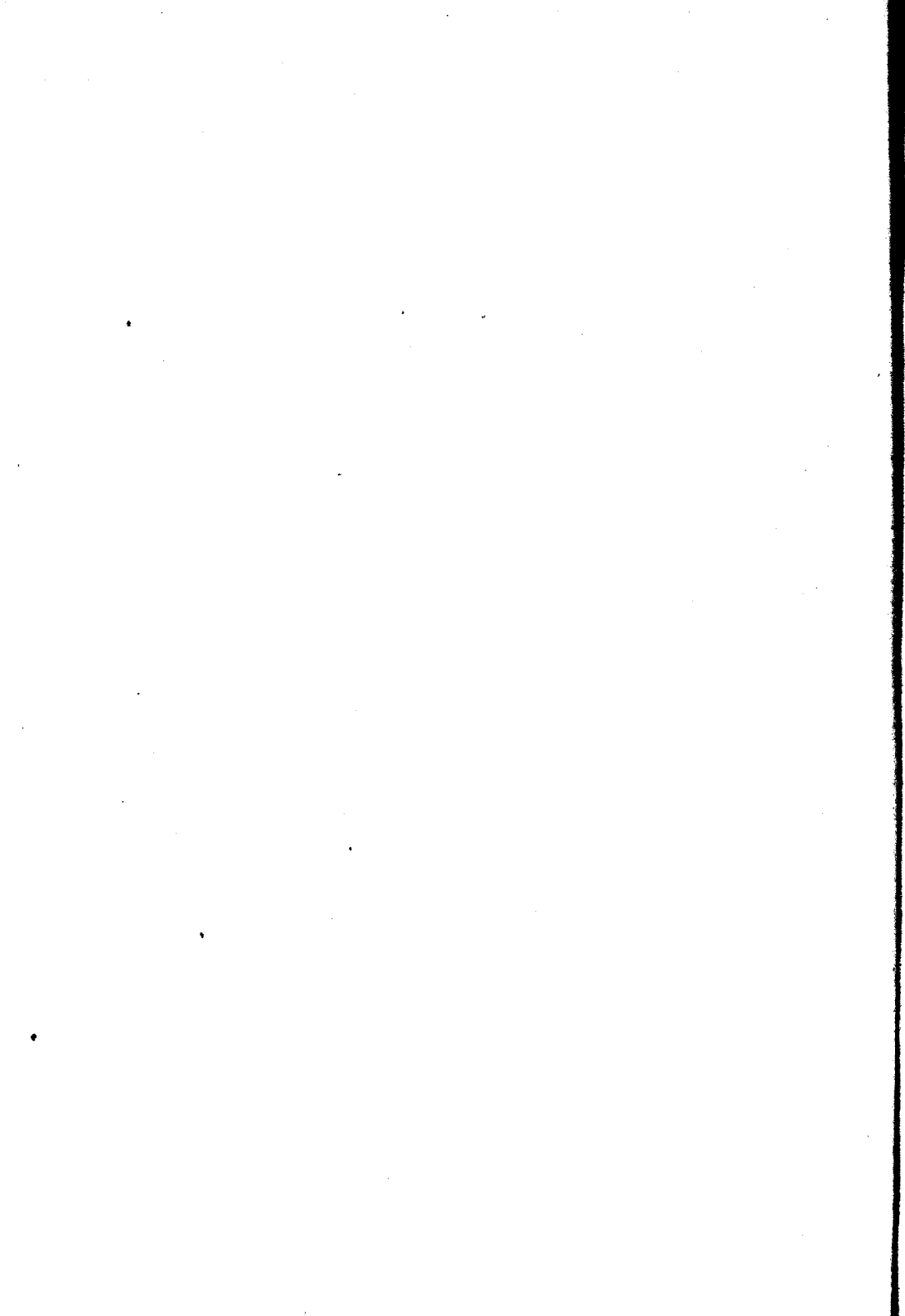
DR. P. CASTRO ESCALADA
" JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

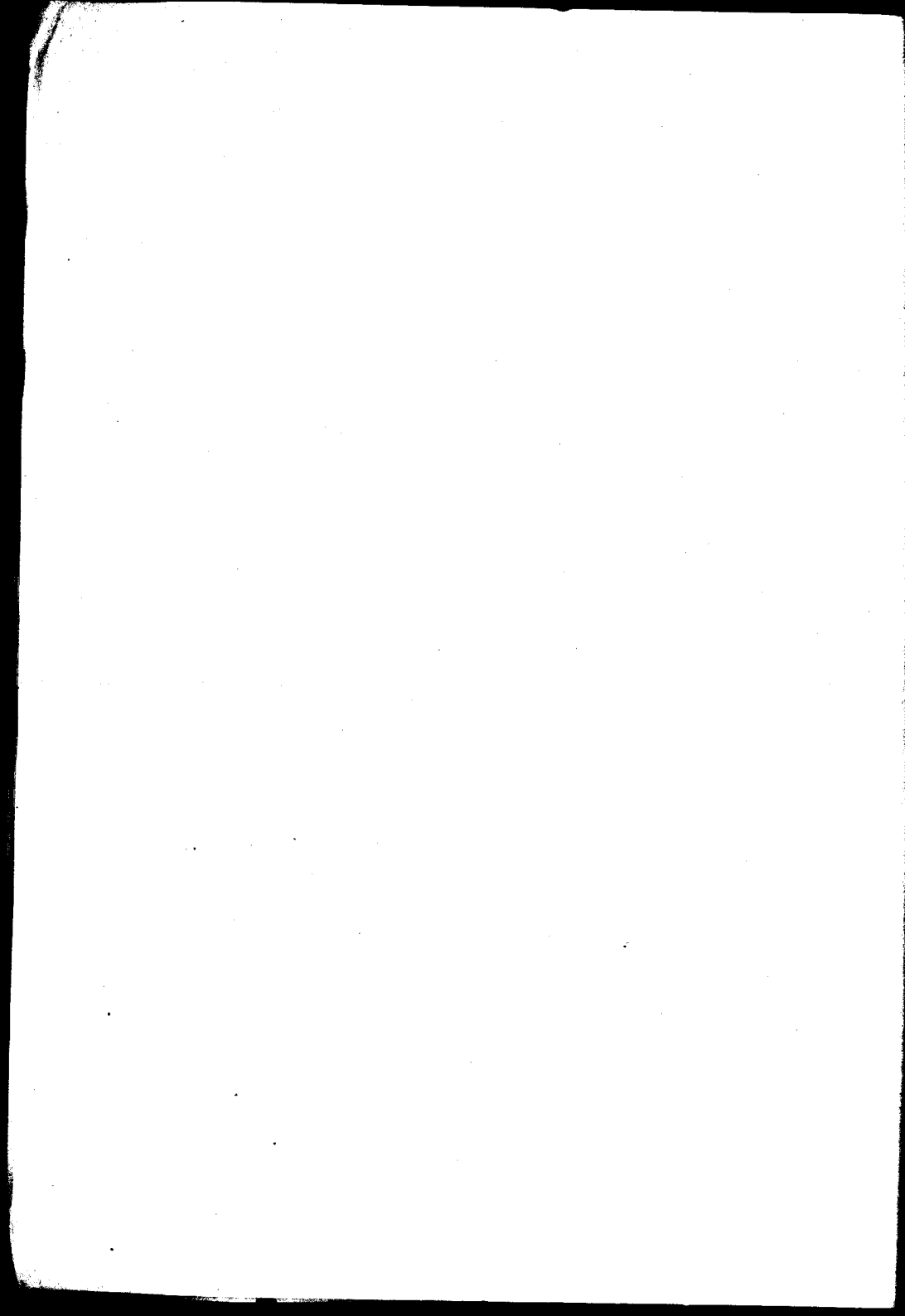
Profesores Honorarios

- DR. ROBERTO WERNICKE
- " J. Z. ARCE
- " PEDRO N. ARATA
- " FRANCISCO DE VEIGA
- " ELISEO CANTON
- " JUAN A. BOERI
- " FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

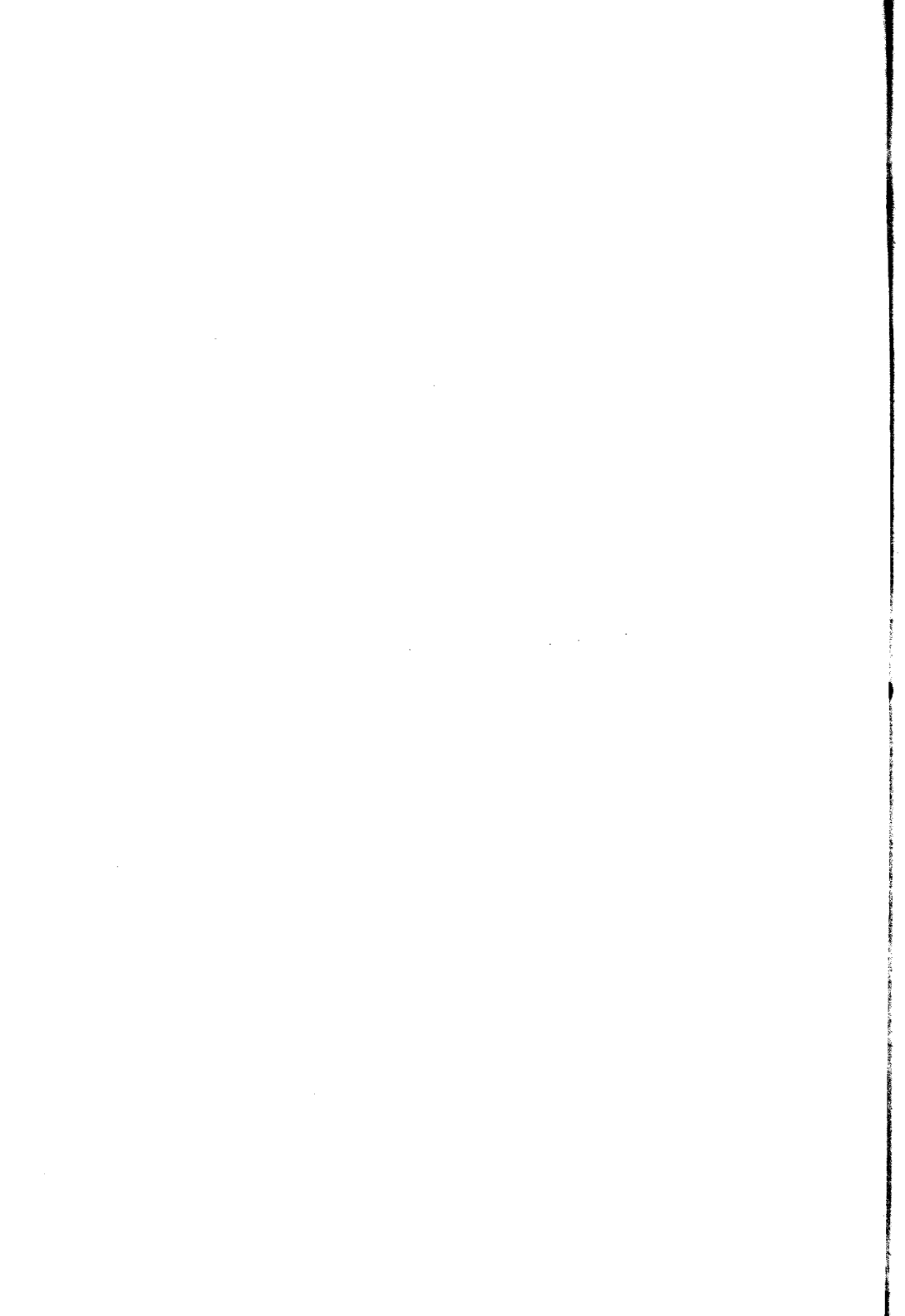
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica . . . . .	.. LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. RICARDO SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva . . . . .	.. PEDRO BELOU
Histología . . . . .	.. RODOLFO DE GAINZA
Física Médica . . . . .	.. ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana . . . . .	.. HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología . . . . .	.. CARLOS MALBRAN
Química Médica y Biológica . . . . .	.. PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada . . . . .	.. RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	} .. GREGORIO ARAOZ ALFARO
	} .. DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica . . . . .	.. AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica . . . . .	.. TELEMACO SUSINI
atería Médica y Terapéutica . . . . .	.. JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa . . . . .	.. DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria . . . . .	.. LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica . . . . .	.. BALDOMERO SOMMER
.. Génito-Urinarías . . . . .	.. PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental . . . . .	.. JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica . . . . .	.. JOSE PENNA
.. Oto-rino-laringológica . . . . .	.. EDUARDO OBEJERO
Patología Interna . . . . .	.. MARCIAL B. QUIROGA
Clinica Oftalmológica . . . . .	.. Vacante
.. Médica . . . . .	.. LUIS GUEMES
.. Médica . . . . .	.. LUIS AGOTE
.. Médica . . . . .	.. IGNACIO ALLENDE
.. Médica . . . . .	.. ABEL AYERZA
.. Quirúrgica . . . . .	.. PASCUAL PALMA
.. Quirúrgica . . . . .	.. DIOGENES DECOUD
.. Quirúrgica	} .. ANTONIO C. GANDOLFO
	} .. MARCELO T. VIÑAS
.. Neurológica . . . . .	.. JOSE A. ESTEVEZ
.. Psiquiátrica . . . . .	.. DOMINGO CABRED
.. Obstétrica . . . . .	.. ENRIQUE ZARATE
.. Obstétrica . . . . .	.. SAMUEL MOLINA
.. Pedriática . . . . .	.. ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal . . . . .	.. DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica . . . . .	.. ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

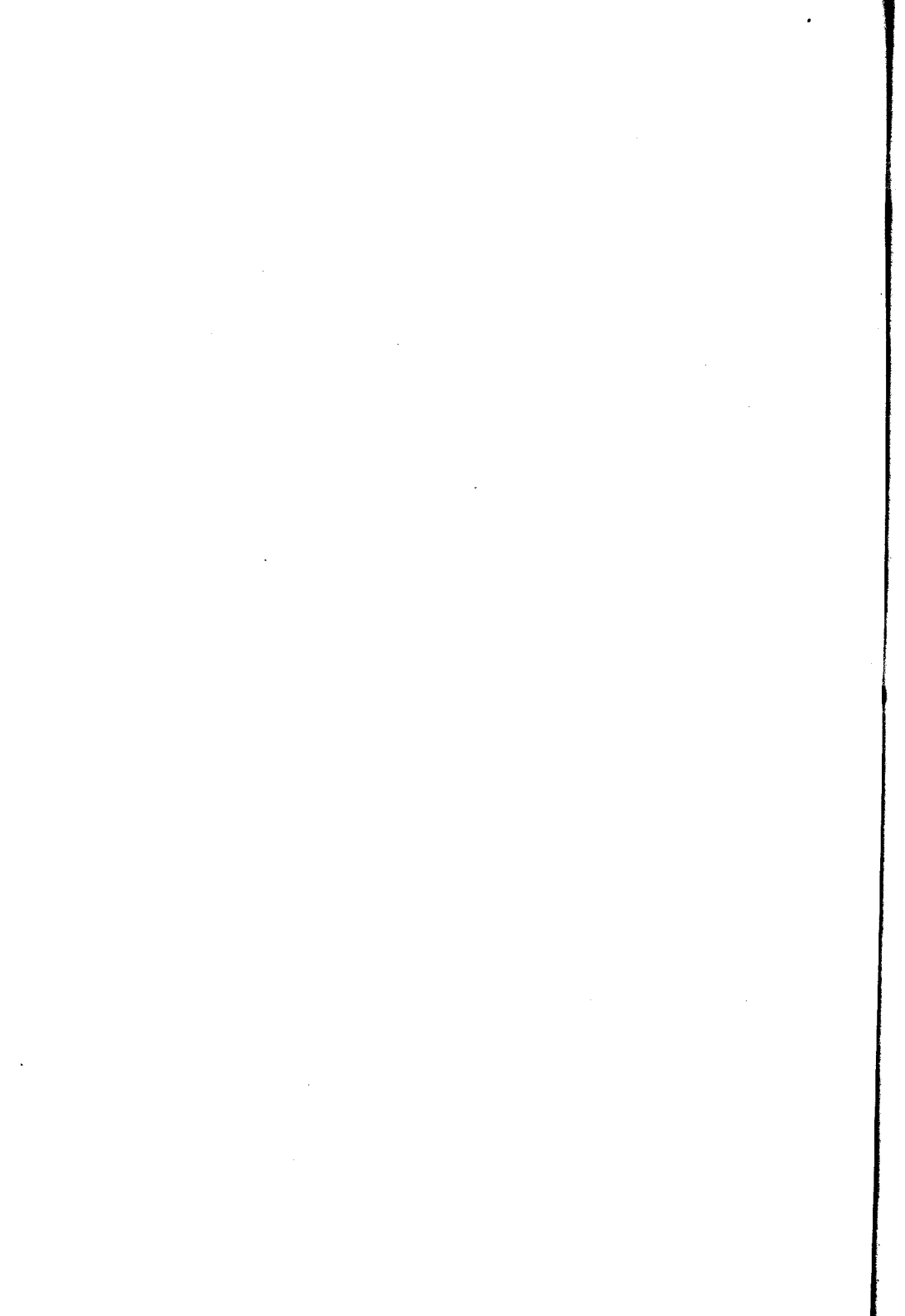
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica.....	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALOYS BACHMANN
Anatomía Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Genito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	(„ JOSÉ R. SEMPRUN
	(„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica.....	(„ ANTONIO F. PIÑERO
	(„ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	„ FRANCISCO LLOPET
Clínica Quirúrgica.....	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna.....	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica..	„ ELISEO V. SEGURA
Clínica Psiquiátrica	(„ JOSÉ T. BORDA
	(„ BENJAMIN T. SOLARI



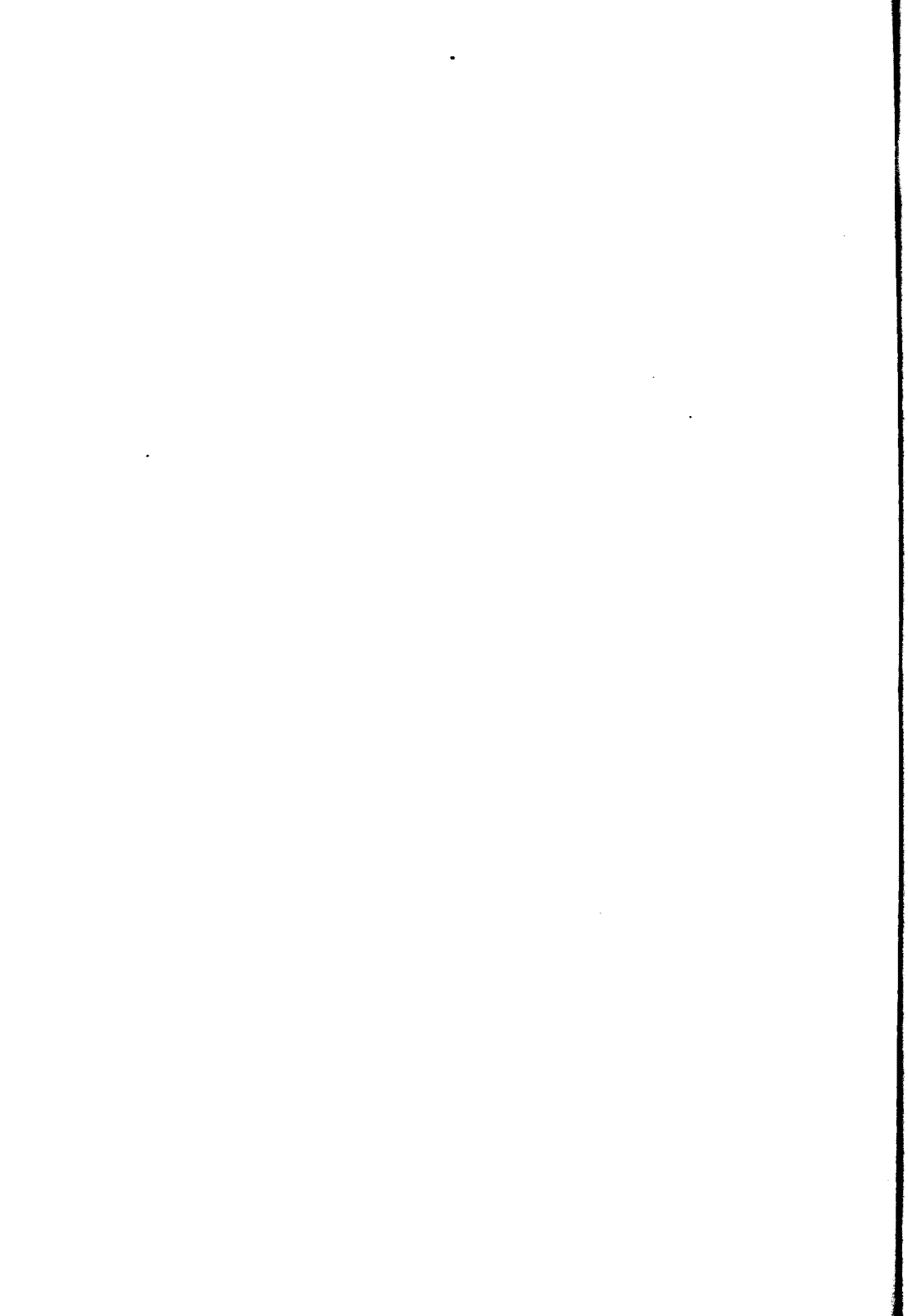
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica	Dr RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología id. . . . .	.. GUILLERMO SEEBERK
Anatomía descriptiva . . . . .	.. SILVIO E. FARGHI
Fisiología general y humana . . . . .	.. EUGENIO GALLI
Bacteriología . . . . .	.. FRANK L. SOLER
Química Biológica . . . . .	.. BERNARDO HOUSSAY
Higiene médica . . . . .	.. RODOLFO RIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos . . . . .	.. SALVADOR MAZZA
Anatomía Patológica . . . . .	.. BEGHAMIA GALARCE
Materia médica y Terapia . . . . .	.. FELIPE A. JUSTO
Medicina Operatoria . . . . .	.. MANUEL B. CARBONELL
Patología externa . . . . .	.. CARLOS BONORINO IBAÑONDO
Clinica Dermato-sillográfica . . . . .	.. ALFREDO VITON
.. génito-urinary . . . . .	.. JOAQUÍN LLAMBIAS
.. Epidemiología . . . . .	.. ANGEL H. ROFFO
.. Oftalmológica . . . . .	.. JOSÉ MORENO
.. Oto-rinolaringológica . . . . .	.. ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología Interna . . . . .	.. CARLOS COBBATSON
Clinica Quirúrgica . . . . .	.. FRANCISCO P. CASTRO
.. Pediatría . . . . .	.. CASTELLORT LUGONES
.. Ginecológica . . . . .	.. NICOLAS V. GRECO
Clinica Médica . . . . .	.. PEDRO L. BALANA
.. Neonatología . . . . .	.. JOAQUÍN NIN POSADAS
.. Ginecología . . . . .	.. FERNANDO R. TORRES
.. Obstetricia . . . . .	.. FRANCISCO DE STEFANO
.. Oftalmología . . . . .	.. ANTONINO MARGO DEL PONT
.. Otorinolaringológica . . . . .	.. ENRIQUE B. DEMARIA
.. Pediatría . . . . .	.. ADOLFO NOCETTI
.. Ginecología . . . . .	.. JUAN DE LA CRUZ CORREA
.. Obstetricia . . . . .	.. MARTÍN CASTRO ESCALADA
.. Pediatría . . . . .	.. PEDRO LABAQUI
.. Ginecología . . . . .	.. LEONIDAS JORGE FAGIO
.. Obstetricia . . . . .	.. PABLO M. BARIARO
.. Pediatría . . . . .	.. EDUARDO MARIÑO
.. Ginecología . . . . .	.. JOSÉ ARCE
.. Obstetricia . . . . .	.. ARMANDO R. MAROTTA
.. Pediatría . . . . .	.. LUIS A. TAMINI
.. Ginecología . . . . .	.. MIGUEL SUSSINI
.. Obstetricia . . . . .	.. ROBERTO SOLÉ
.. Pediatría . . . . .	.. PEDRO CHITRO
.. Ginecología . . . . .	.. JOSÉ M. JORGE H.
.. Obstetricia . . . . .	.. OSCAR COPELLO
.. Pediatría . . . . .	.. ADOLFO F. LANDEVAR
.. Ginecología . . . . .	.. JUAN JOSÉ VITON
.. Obstetricia . . . . .	.. PABLO J. MORSALINE
.. Pediatría . . . . .	.. RAFAEL A. BULLRICH
.. Ginecología . . . . .	.. IGNACIO IMAZ
.. Obstetricia . . . . .	.. PEDRO ESCUDERO
.. Pediatría . . . . .	.. MARIANO R. CASTEX
.. Ginecología . . . . .	.. PEDRO J. GARCIA
.. Obstetricia . . . . .	.. JOSÉ DESTEFANO
.. Pediatría . . . . .	.. JUAN R. GOYENA
.. Ginecología . . . . .	.. JACOBO SPAGEMBERG
.. Obstetricia . . . . .	.. MARIERTO ACUÑA
.. Pediatría . . . . .	.. GENARO SISTO
.. Ginecología . . . . .	.. PEDRO DE ELIZALDE
.. Obstetricia . . . . .	.. FERNANDO SCHWEIZER
.. Pediatría . . . . .	.. JUAN CARLOS NAVARRO
.. Ginecología . . . . .	.. LUIS SALVADOR
.. Obstetricia . . . . .	.. TORIBIO PICCARDO
.. Pediatría . . . . .	.. CARLOS R. CIRIO
.. Ginecología . . . . .	.. OSVALDO L. BOTTARO
.. Obstetricia . . . . .	.. ARTURO ENRIQUEZ
.. Pediatría . . . . .	.. ALBERTO PERALTA RAMOS
.. Ginecología . . . . .	.. FAUSTINO J. TRONCI
.. Obstetricia . . . . .	.. JUAN B. GONZALEZ
.. Pediatría . . . . .	.. JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
.. Ginecología . . . . .	.. JUAN A. GABASTOU
.. Obstetricia . . . . .	.. ENRIQUE A. BOIRO
.. Pediatría . . . . .	.. ROBERTO H. CHIAPPORI
.. Ginecología . . . . .	.. VICENTE DIMIURI
.. Obstetricia . . . . .	.. JOAQUIN V. GNECCO
.. Pediatría . . . . .	.. LAVIER BRANDAN
.. Ginecología . . . . .	.. ANTONIO PODESTA



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc....	DR. JUAN C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clínica obstétrica	„ FANOR VELAZ DE
Puericultura	„ UBALDO FERNANDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas

Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada

Botánica y Mineralogía

Química inorgánica aplicada

Química orgánica aplicada

Farmacognosia y posología razonadas

Física Farmacéutica

Química Analítica y Toxicológica (primer curso)

Técnica Farmacéutica

Química Analítica y Toxicológica (segundo curso) ensayo y determinación de drogas

Higiene, legislación y ética farmacéutica

Catedráticos titulares

DR. ANGEL GALLARDO

•• ADOLFO MIERA

•• MIGUEL PELLICANI

•• FRANCISCO G. BARBAZA

SR. D. AN. R. DOMÍNGUEZ

DR. JULIO J. GUTI

•• FRANCISCO F. LAVAYLE

•• J. MANUEL IREZAR

•• FRANCISCO LAVAYLE

•• RICARDO SCHWYZ

Asignaturas

Técnica Farmacéutica

Farmacognosia y posología razonadas

Física Farmacéutica

Química orgánica

Química analítica

Química inorgánica

Catedráticos sustitutos

SR. RICARDO BOGAYAGUSTA

•• PASCUAL GOTTI

•• OSCAR MENDOZA

DR. TOMAS J. PUMI

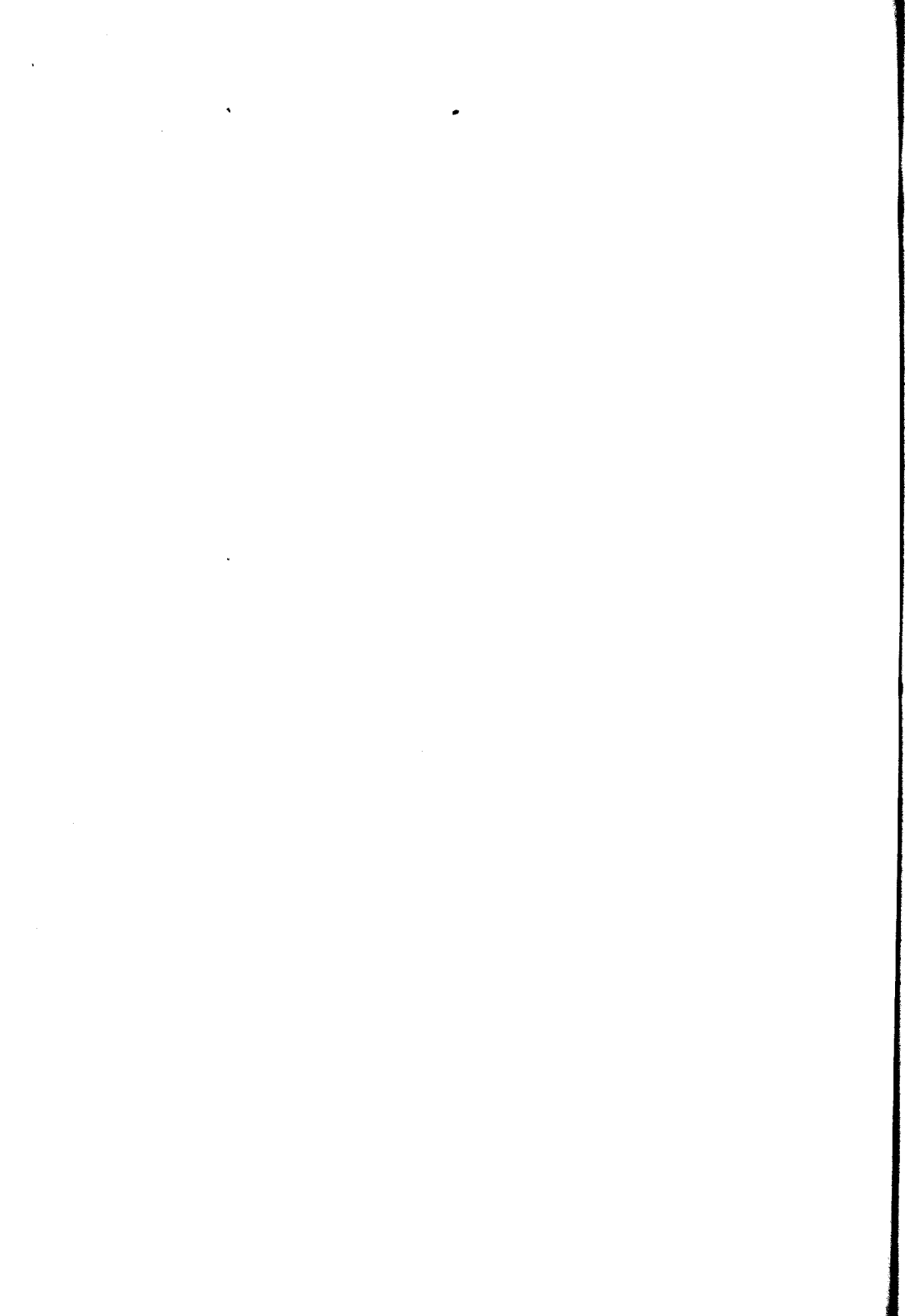
SR. PEDRO L. MESIGOS

•• LUIS DE ALFARMELLI

DR. D. AN. SANCHEZ

•• ANGEL SARAYUNI

•• EMILIO M. FLORES

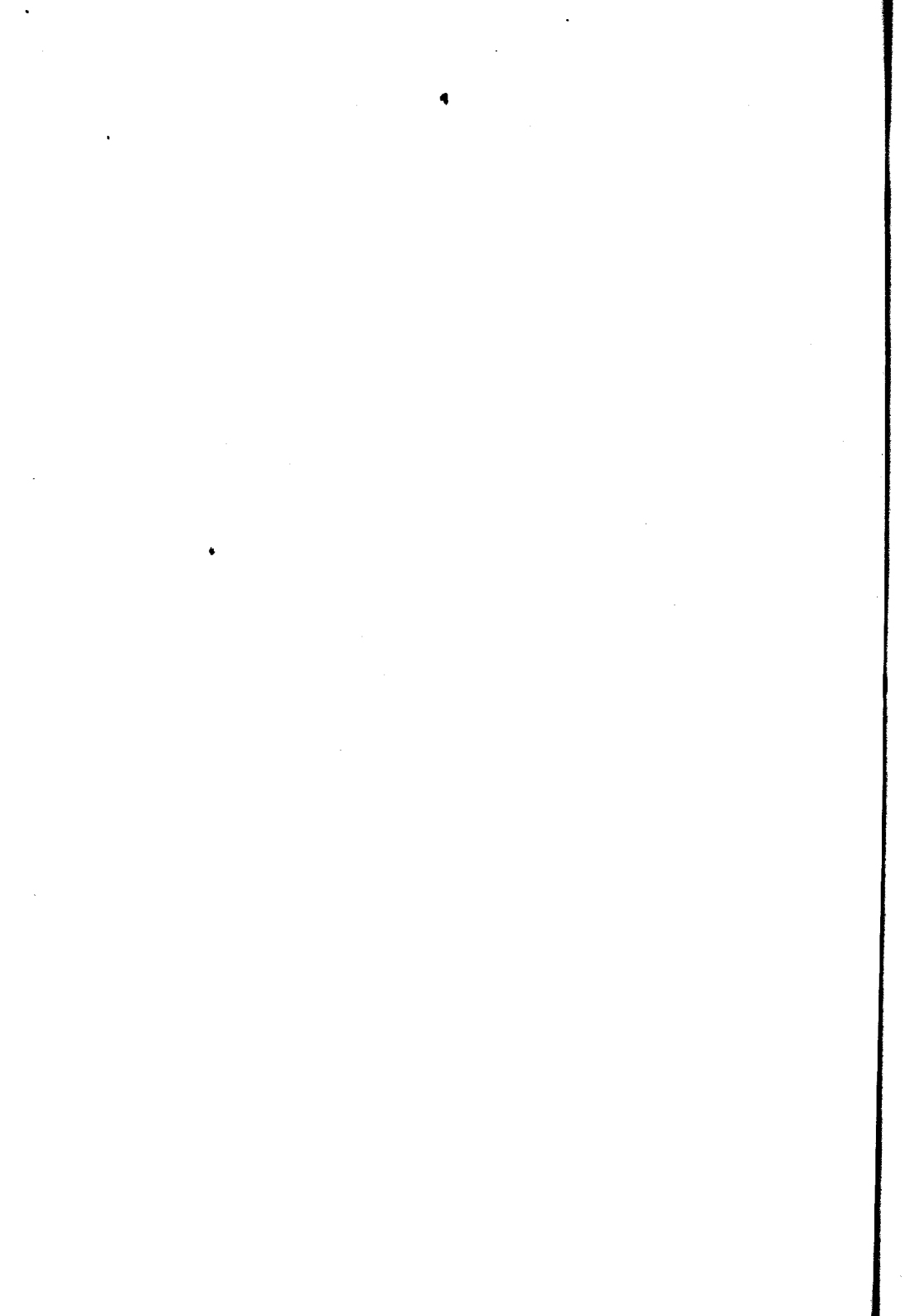


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1 ^{er} año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2 ^o año.....	„ LEÓN PEREYRA
3 ^{er} año.....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sus titulos

DR. ALEJANDRO CABANNE
„ TOMÁS S VARELA (2^o año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)



PADRINO DE TESIS;

Doctor Federico Iribarren

JEFE DE LA CLÍNICA OPTALMOLÓGICA DEL HOSPITAL ESPAÑOL.

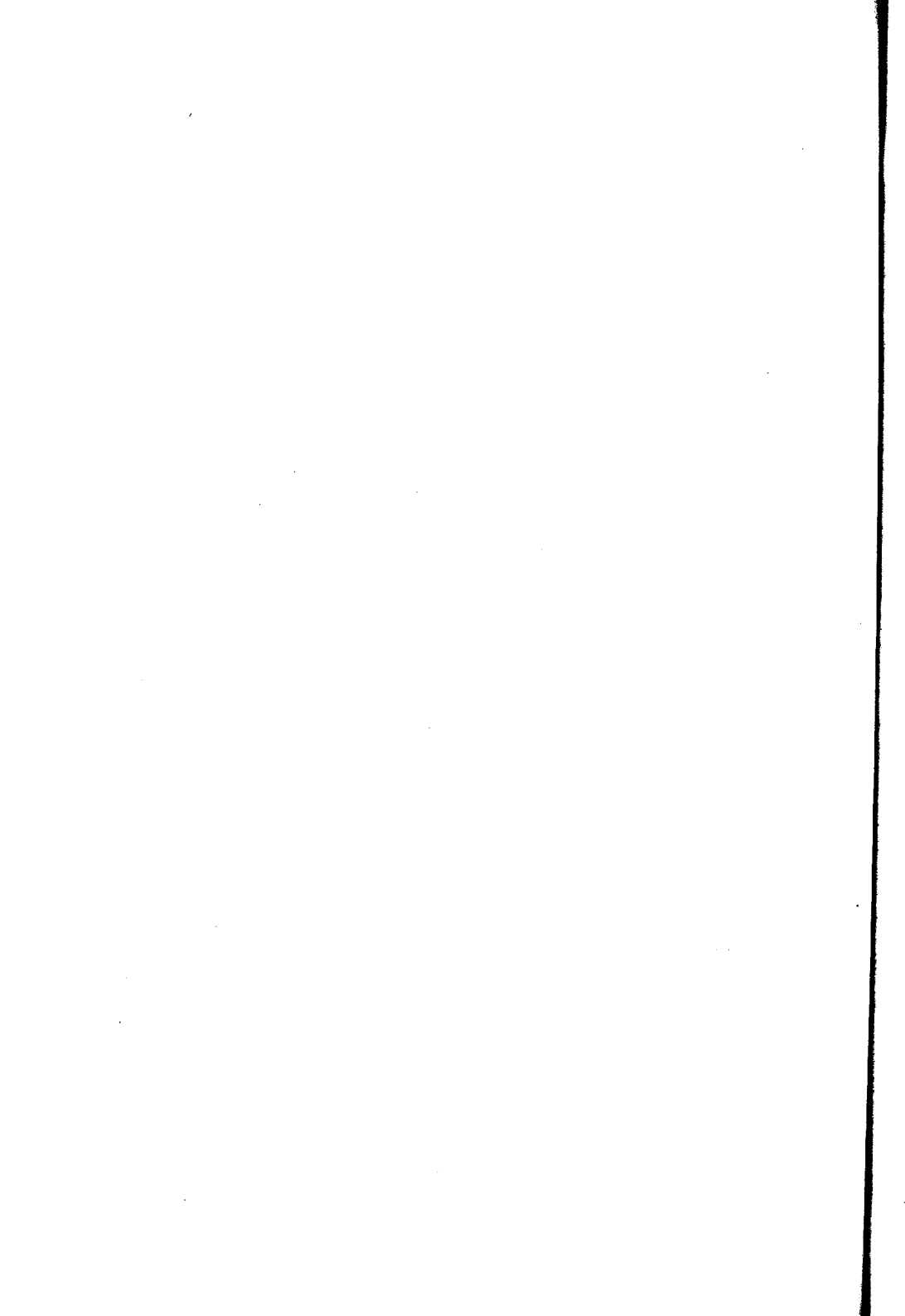


SEÑORES ACADÉMICOS:

SEÑORES CONSEJEROS:

SEÑORES PROFESORES:

Pongo en las manos de vuestra indulgencia, éste modestísimo trabajo, que los Reglamentos nos exigen presentar, para optar al Grado de Doctor en Medicina.



GENERALIDADES

La Iritis Sifilítica se encuentra, por regla general, en un 3 ó 4 0.0 de los sujetos infectados.

La Sífilis no constituye el factor etiológico único, de las Iritis, pero ella es ciertamente una de las causas más frecuentes, y debe ser incriminada en más de la mitad de los casos; en un 60 ó 70 0.0, según Wecker y Panas. Ateniéndonos á estadísticas más recientes, su frecuencia aparece muy disminuída, hasta llegar á un 25 0.0, de los casos (Lagleyze). Debo aquí hacer notar que la mayoría de los casos de Iritis observados en la Clínica del doctor Tribarren, durante el curso del año 1916, reconocían una etiología reumática.

Seguramente no fueron extrañas á su producción, las exacerbaciones de la temperatura, que fueron tan frecuentes como intensas.

En relación á las otras afecciones Sifilíticas del globo ocular, se encontraría en una proporción de un 50 á 60 o/o, aproximadamente; algo menos según algunos otros autores (Badal, 30 o/o).

Es más frecuente en el hombre que en la mujer, y constituye la manifestación ordinaria de la Sífilis ocular adquirida.

Pudiendo aparecer en una época variable, debe ser colocada sin embargo entre las manifestaciones secundarias de la Sífilis, y aparece en general, del 5.º al 8.º mes.

Ella puede sobrevenir mucho más pronto, hasta 50 días de la lesión inicial, testimoniando entonces una Sífilis particularmente maligna, Sífilis Galopante.

Cuando su aparición tiene lugar después de varios años, la relación que existe entre su eclosión y la aparición del Sifiloma inicial, se hace muy discutible.

En estos casos, la Iritis puede ser ocasionada por otra afección, y la noción de la existencia de un Chancro Indurado, aparecido varios años antes, es más que insuficiente para dejar establecida una relación de causa á efecto.

Esta Iritis es casi siempre unilateral, siendo raro que los dos ojos sean tomados al mismo tiempo; pero

es común que el ojo sano, evolucione poco tiempo después en la forma en que lo hizo su congénere.

El cuerpo Ciliar, amenudo participa en la inflamación, al mismo tiempo y en igual forma que el Iris. También la región posterior de la Úvea, la Coroides, puede participar en los procesos inflamatorios del segmento anterior; y vice-versa, pero es muy cierto que la Coroides sufre mucho menos que los Procesos Ciliares, por ser estos últimos, intermediarios y, además, porque su circulación sanguínea y la del Iris, no están diferenciadas.

De este hecho resulta que los Procesos Ciliares, constituyen el territorio más peligroso de la úvea, pues están expuestos á participar siempre en las enfermedades del Iris y en las de la Coróides.

Las inflamaciones de la Úvea anterior, encuentran una difícil clasificación esquemática, debido á que las mismas lesiones anatómicas, pueden reconocer muy diversos orígenes, y además, porque causas análogas pueden provocar síndromes clínicos distintos.

A este respecto diré, que las diferentes relaciones cuantitativas que existen entre los componentes celulares, filamentosos y líquidos de los Exudados, dan lugar á las diferentes formas de inflamaciones y á las variedades clínicas de los síndromes.

El Humor acuoso transparente, de la Cámara anterior, al mezclarse con los diversos exudados, se enturbia de una manera característica con cada uno de ellos, lo que facilita grandemente el diagnóstico cualitativo de los mismos; pero no debe, tampoco, pasar desapercibido que éste mismo Humor acuoso puede enturbiarse también sin que exista inflamación, en los casos en que esté perturbada en cualquier forma la capa epitelial de los Procesos Ciliares.

Este fenómeno tiene lugar á veces, después de las contusiones, y también sucede á las oñiciones de la Cámara anterior y á la evacuación del Humor acuoso; pues este líquido neoformado rápidamente, suele ser mucho más rico en albúmina que en estado normal. A consecuencia de este aumento de albúmina, ésta se precipita, enturbiándolo y velando la pupila.

Al mismo tiempo, en la Cámara Posterior se encuentra también albúmina en grumos visibles al microscopio, entre las células epiteliales de los Procesos Ciliares; producida seguramente por el Edema Inflamatorio del Iris y de estos últimos.

Con el tiempo todo Exudado de la Cámara Anterior, por la acción de la gravedad, va cayendo paulatinamente á la parte más declive, depositándose allí,

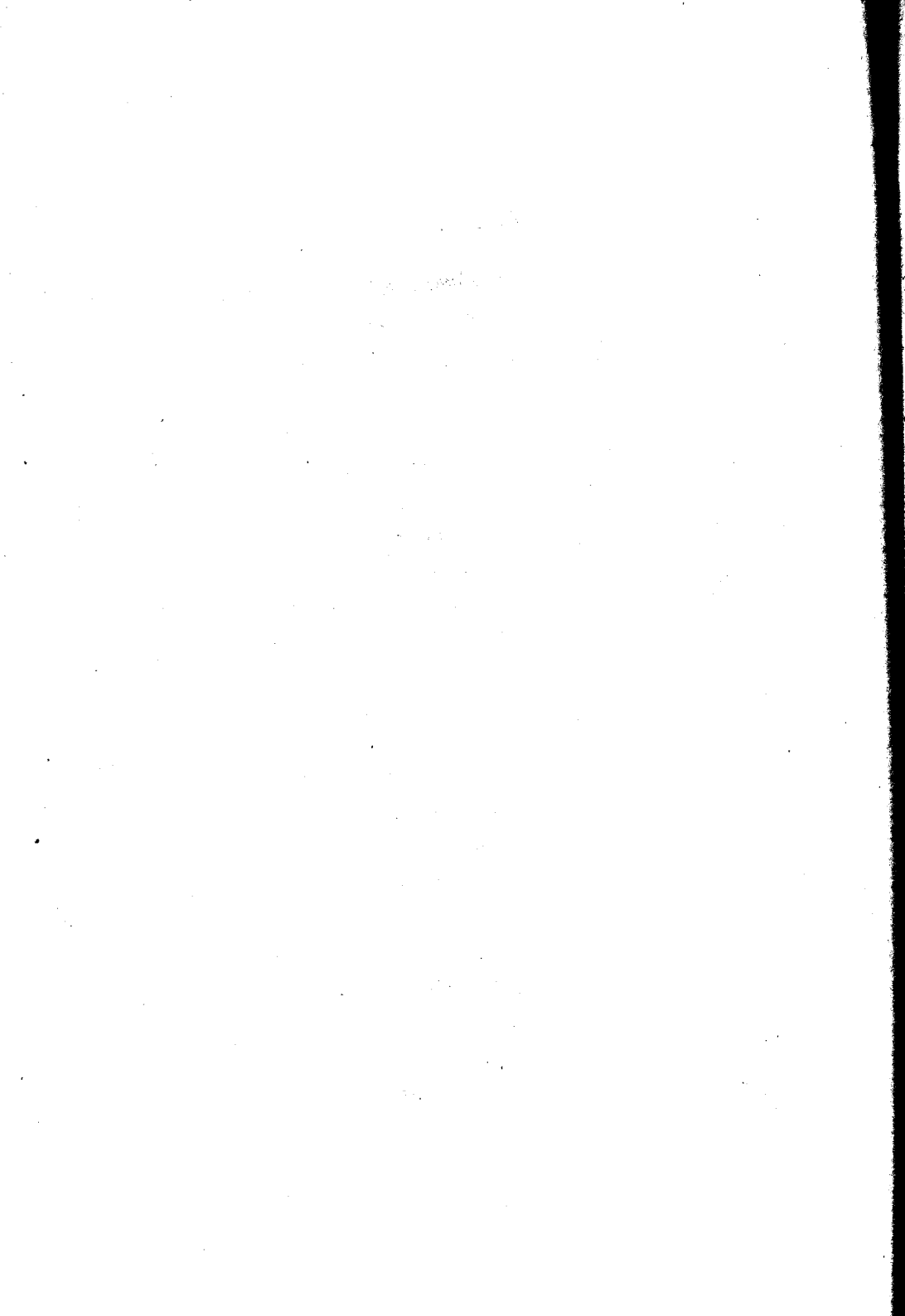
con la apariencia de una media luna, limitada por arriba por una línea horizontal movable con los cambios de actitud del enfermo; dando lugar á lo que en clínica llamamos Hipópion ó Hipema, según se trate de elementos celulares ó de sangre, respectivamente.

La hiperhemia y el edema inflamatorio en el interior del tejido del iris, se manifiestan por un aumento en el volúmen del mismo, que acompañándose de tumefacción, al mismo tiempo que hacen desaparecer la nitidez con que aparece el dibujo de las columnas y lagunas del tejido, traen aparejadas una disminución en el tamaño de la pupila, que en estado espasmódico reacciona muy difícilmente y con pereza, ó no reacciona.

También la coloración del iris varía grandemente y de un modo aparente en los de color claro, grisáceo ó azul, que toman un tinte verdoso fácilmente perceptible, si el otro ojo está sano y sirve como tipo de comparación.

Este fenómeno es difícil de comprobar en los sujetos morochos, con iris muy pigmentados.

El brillo del iris, por lo general se pierde, siendo debido al enturbiamiento ó á la tumefacción de la hoja anterior del estroma; es decir, de la parte abundante en humores y en protoplasma.



ETIOLOGÍA, CAUSAS PREDISPONENTES, CAUSAS DETERMINANTES, ETC.

Encontrándose en presencia de una iritis ya diagnosticada, es imprescindible para establecer un tratamiento apropiado, recorrer con la imaginación los factores tiológicos más comunes.

Haciéndolo así, nos encontramos en primer término con el Reumatismo, la Blenorragia y la Gota, por una parte; y con la Sífilis y la Tuberculosis por otra.

Las primeras, representan enfermedades de las capas superficiales del iris, mientras que las segundas se localizan en los estratos más profundos del mismo.

Si el iris es sífilítico, las Spiroquetas deben haber llegado á él por la vía sanguínea, ya que estos agentes infecciosos, por lo menos en las personas adultas, se valen de la vía sanguínea para elegir sus localizacio-

nes; sobre todo una vez que han atravesado las glándulas linfáticas. Así nos damos cuenta del porqué cuando una iritis sifilítica se declara, ha pasado ya el primer período de la infección luética.

La Iritis sifilítica no pertenece, pues, al período primario de la Sífilis

Por el contrario, su Exantema precoz, la Roseola sifilítica, puede localizarse, también, sobre el Iris. Esta ha sido observada durante la 6.^a semana, después del Sífiloma inicial, y en algunos casos, también, antes de que hubiera aparecido las primeras manifestaciones cutáneas.

Son casos que difícilmente llegan al Oculista, porque este Exantema precoz no ocasiona sufrimientos, y por que se reabsorben muy rápidamente, á veces sin tratamiento alguno.

Debemos considerarlas como embolias capilares de Spiroquetas.

Clínicamente se ven sobre la superficie del Iris, inyecciones vasculares arboriformes y radiadas. No podríamos, pues, en realidad, hablar de Máculas y de Roseola, puesto que la forma y el aspecto son diferentes; pero, en cambio, han sido determinados por sus caracteres y por la distribución de los capilares en el

Iris. Especialmente la región del collar, está ricamente provista de pequenísimos vasos.

La aparición de la Roseola en el Iris, se encuentra todavía en el tercio mediano, hallándose en tales casos Hiperhemias superficiales leves, de color rosa claro, dispuestas en estrellas ó en estelas, las cuales provienen lo más amenudo de uno de los vasos corriendo radialmente.

En la región del esfinter tales hiperhemias localizadas, no se pueden distinguir porque la red vascular queda recubierta por él.

En los estados más avanzados de la infección del organismo, se presentan difícilmente Roseolas fugaces del Iris.

Casi todas las Roseolas que aparecen durante el primero y el segundo año de enfermedad, si no son curadas, se transforman en Pápulas.

Frente á una Iritis fibrinosa, pensaremos en la etiología luética, teniendo en cuenta la época en que ha eclosionado. Ella no suele presentarse antes del 3er. mes después del Chancro indurado; por otra parte, se acompaña amenudo de Exantemas cutáneos y mucosos.

Ella ha sido encontrada también contemporáneamente á la Angina específica.

Esta clase de Iritis es tanto más edematosa y rica en fibrina, cuanto más pronto aparece después del Sífiloma inicial.

Solo en muy raros casos ella constituye el elemento inicial de la sífilis secundaria.

En general aparece en el primer año de la infección, encontrándose la gran mayoría de los casos que no se discuten entre 5.º y el 10.º mes: habiendo comprobado, por mi parte, que el mayor número puede incluirse en el transcurso del 6.º mes.

Pasando más de un año, la etiología comienza á hacerse dudosa.

Amenudo se ha dicho que las heridas y otras lesiones oculares, favorecían su aparición.

Las estadísticas han demostrado que la aparición de una Iritis en los sujetos sífilíticos, se observa por lo menos en un 3 ó 4 o|o de los casos. Probablemente ella es todavía más frecuente.

Creo haber dicho ya, que la enfermedad en la mayoría de los casos es unilateral, pero más ó menos en un 25 o|o de los casos, es atacado también el otro ojo, después de un tiempo más ó menos largo.

En los casos de Iritis reconociendo otra etiología, encontramos la afección bilateral en un 10 o|o de los casos.

Por lo general se consideran como Irido-Ciclitis Fibrinosas, á las Iritis é Irido-Ciclitis con abundante formación de fibrina; cuando ésta constituye la parte más importante del Exudado.

Puede evolucionar en una forma aguda, sub-aguda ó crónica; y en tal caso puede la fibrina depositarse sobre la cara anterior del Iris, hasta que al fin se apelotona, debido á los movimientos pupilares, y se arroja en el fondo de la Cámara anterior, dando lugar á la formación de un Hipópion.

Algunas veces la secreción es tan intensa que no es raro hallar abundante membranas flotando, ó depositadas; que pueden llegar á producir una oclusión pupilar.

La formación de fibrina resulta inócua mientras no entre en relación con el Iris y la cristaloides anterior, pues entonces da lugar á una adherencia fibrosa entre ambos órganos, que resiste, si no es reciente, á los más poderosos midriáticos; estableciéndose una Sinequia posterior persistente.

Estas sinequias pueden quedar limitadas al epitelio pigmentado; pero en la mayoría de las Iritis Específicas no es el epitelio solo el que se adhiere á la cápsula anterior; sino, el estroma del tejido iridiano, dando así

lugar á la formación de una sinequia parenquimatosa resistente, que no cede á la medicación midriática; bajo la acción de la cual, la pupila adquiere á veces la configuración del clásico trébol.

Sucede también en ocasiones que es toda la extensión del reborde pupilar, la que se adhiere á la Cristalóides anterior, dando lugar á la formación de una sinequia circular ó Seclusión Pupilar.

Las designaciones de oclusión y Seclusión pupilar, son de antigua fecha y se adoptan desde hace muchos años.

En la Oclusión se trata de la obturación completa de la pupila, debido al depósito de una membrana, que forma un diafragma ininterrumpido con el Iris; á consecuencia de lo cual, queda la cámara anterior aislada de la posterior.

Dicha membrana en estado inflamatorio reciente se compone principalmente de fibrina y, cuando ya lleva más tiempo y se ha terminado la reabsorción, suele ser substituída por tejido conectivo.

La Oclusión pupilar perturba las condiciones hidrostáticas en el interior del ojo; y, por otra parte, ocasiona el trastorno visual consiguiente.

En las inflamaciones recientes, el Iris puede des-

prenderse de la exudación fibrinosa, por medio de la instilación de midriáticos. De esa manera queda restablecida la comunicación entre ambas cámaras y se compensa parcialmente el obstáculo óptico, por la dilatación pupilar.

En cambio si ya se ha formado tejido conjuntivo, el desprendimiento del Iris, es notablemente difícil, cuando no imposible.

En la Seclusión pupilar se trata de una adherencia del borde pupilar en toda su circunferencia, á la cristaloïdes anterior; además, obturándose la pupila, puede acompañarse de Oclusión, ó faltar en parte dicha obturación.

En consecuencia el obstáculo óptico puede ser casi nulo.

La adherencia del borde pupilar á la cápsula anterior puede ser también de índole fibrinosa ó conjuntiva: en el primer caso, es posible la separación.

Vimos, más arriba, que la Spiroqueta de Schaudin, para llegar al Iris, se valía de la vía sanguínea, y en efecto: el iris escondido en el interior del ojo, se halla bien protegido contra la invasión de todo agente infectante venido del exterior, recubierto como está por la Córnea, que lo aísla del medio ambiente.

Así nos explicamos porque en las afecciones de vecindad, sufre el Iris con mucha menor frecuencia que la Conjuntiva y la Córnea, las cuales se interponen primero al paso del invasor.

Pero á veces estos agentes infectantes son brusca-mente llevados á su contacto inmediato por una herida penetrante del ojo ó por una intervención séptica: que determinan muchas veces su inflamación. Esta última categoría de inflamaciones, constituyen las llamadas Iritis Exógenas, y según acamos de ver, pueden ser traumáticas ú operatorias.

Pero á parte de esto lo general es que el agente infeccioso llegado al Iris, sea el producto de una infección general del organismo, que se vale de la vía sanguínea para llegar á él; es decir, que la mayoría de las Iritis son Endógenas, siendo contadas las Iritis por causas locales.

El hecho de que un agente microbiano llegue al Iris por la vía sanguínea, no es una razón suficiente para que se declare la inflamación; es menester también que este agente encuentre al Iris en malas condiciones de vitalidad ó simplemente debilitado como para permitirle su localización, su reproducción y el mantenimiento á sus expensas, al mismo tiempo que segregar Toxinas

que son los elementos Flogógenos, indispensables para que exista una inflamación propiamente dicha.

Son, pues, indispensables dos factores para que se produzca una Iritis; un factor Eficiente y otro Predisponente. El primero está representado por el agente infectante y el segundo por la predisposición adquirida por el Iris para enfermarse; que puede reconocer múltiples orígenes, todos aquellos que contribuyen al debilitamiento de cualquiera otro órgano ó tejido del organismo; y que no hacen otra cosa que preparar el terreno donde van á establecerse los microbios para segregar sus toxinas.

Son muchísimos y su enumeración no entra en la índole que me he propuesto dar á este trabajo.

Para corroborar el hecho de que la aparición de algunas Iritis reconoce á la toxina como agente determinante, sin la presencia indispensable del microbio en el tejido del Iris, poseemos un demostrativo ejemplo en la Iritis consecutiva á la Ulcera Serpiginosa de la Córnea.

En efecto, los Neumococos productores de esta clase de úlceras, permanecen acantonados en las láminas superficiales de la córnea, cuyo tejido firme, y el más resistente aún de la Membrana de Descemet constitu-

yen una barrera infranqueable á los Neumócocos, para llegar á la Cámara anterior. Pero también es cierto que si no pueden llegar á ella los neumococos, tampoco es capaz de llegar, ni un solo Leucocito.

En cambio las toxinas que se difunden con suma rapidez y facilidad por los espacios intersticiales, llegan á la cámara anterior y se mezclan al humor acuoso determinando una inflamación violenta del Iris con supuración y aparición de un Hipópion, cuyo pus es aséptico y está constituido por leucocitos polinucleares extravasados.

Las Iritis Purulentas que complican á las úlceras no perforadas de la córnea, constituyen un ejemplo, el más típico, de las Iritis tóxicas, en oposición á las Iritis Infecciosas Hematógenas.

Vemos, pues, que las Iritis tóxicas pueden ser de origen local; pero también pueden serlo de origen general hematógeno.

Los Neumococos no son los únicos factores capaces de producir esta clase de Iritis, al lado de ellos tenemos otros agentes que se localizan en la conjuntiva y en la córnea, que dan lugar á la aparición de Iritis á veces muy graves; como acontece en algunas conjuntivitis muy virulentas, como la Diftérica, que se complica con

una Iritis pútrida, siempre gravísima; siendo las membranas las que aportan los productos tóxicos y necróticos.

En fin, hay todavía una cantidad de afecciones capaces de determinar inflamaciones tóxicas del Iris, pero no es nuestro objeto describirlas aquí porque son bastante raras.

Entre las causas predisponentes, la edad no parece jugar ningún rol apreciable; solamente la extrema vejez, por desgaste natural de los tejidos, suele favorecer la aparición de una Iritis; pero por regla general en las afecciones hematógenas, las Iritis son más frecuentes en las gentes jóvenes y en los adultos, que en los viejos y en los niños.

Esta relativa inmunidad de los viejos no debe sorprendernos, pues no es debida como podría pensarse, á una mayor resistencia del Iris, sino, por el contrario, porque á esa edad ya existen otras regiones más debilitadas aún que el Iris, y las cuales se encuentran, además, fatigadas por el frecuente uso; mientras que el iris á esa edad por lo general descansa; se salva así el Iris, porque las infecciones encuentran mejores terrenos donde cebarse.

En cuanto al Iris del niño, parece ser más resistente

que el del adulto, frente á las infecciones; ocurre con él, lo mismo que con la mayoría de los tejidos á esa edad.

Para terminar con este capítulo, haremos presente, que el frío, todas las infecciosas, la pubertad, las afecciones sexuales, el embarazo, las contusiones, los cuerpos extraños, afecciones de vecindad, la insolación, el surmenage, la luz excesiva, las afecciones dentarias, las diátesis, etc., etc., pueden ser causas predisponentes ó determinantes de las Iritis.

CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNOS SÍNTOMAS

La sífilis del globo ocular se presta admirablemente para el estudio de todas las inflamaciones y neoformaciones exudativas que pueden tener lugar en el Iris.

Desde la simple Hiperhemia superficial y el primer indicio de edema inflamatorio, es decir: que desde la co-dado, observamos que cuanto más tiempo haya pasado hecho decontrar al lado de una tumefacción general y superponerse todos los grados.

Como corolario del hecho de que cuanto más reciente es la Iritis, más rico en fibrina y en serosidad es el exudado, observamos que cuanto más tiempo haya pasado desde la infección, tanto más preponderantes serán las alteraciones celulares y nodulosas (pápulas y gomas).

Ya hemos visto, por otra parte, que en sujetos débi-

les y en las sífilis galopantes, aparecían desde muy temprano, durante la sexta semana, focos sífilíticos muy abundantes y de rápido desarrollo.

Dijimos también anteriormente que el exantema precoz, constituía la manifestación más inocente, es decir: una escasa inyección de las ramitas vasculares de la superficie del Iris y, a lo que sin vacilar, habíamos considerado como una roseola.

Contribuye a caracterizar a las Iritis específicas, el hecho de encontrar al lado de una tumefacción general y de la formación de fibrina; tumefacta también la zona esfinteriana.

El esfínter posee redes vasculares bien desarrolladas, y el ser ellas atacadas, constituye una de las características manifestaciones del período secundario de la Sífilis.

Igualmente debe despertar nuestras sospechas, la aparición de focos esfinterianos limitados.

La más frecuente en el curso de la Sífilis, es la iritis fibrinosa. Dos síntomas son en ella especialmente notables, primero: la tumefacción y el edema total del Iris; segundo: las sinequias, que tienen una disposición dentada característica.

En su cuadro clínico encuadra la aparición de exuda-

dos gelatinosos, y de hemorragias en la cámara anterior.

Consideremos ahora, los depósitos sobre la membrana de Descemet: ya la existencia de estos depósitos sobre la membrana de Descemet, nos indica que los procesos ciliares están participando en la inflamación, y que la Iritis, en estos casos, pasa a la categoría de verdadera Irido-Ciclitis.

También se encuentran con frecuencia exudados pulverulentos en el cuerpo Vitreo, lo que nos hace ver que también la Caroides, puede participar en el proceso inflamatorio.

Igualmente podemos observar una hiperhemia del nervio óptico, que puede llegar hasta adquirir las proporciones de verdadera Neuritis, con disminución de la agudeza visual y escotomas.

La participación de la Retina puede ser secundaria a la Iritis, pero, como és sabido, la retina puede enfermarse de sífilis primariamente también.

La córnea puede participar en el proceso bajo la faz clínica de una Keratitis Parenquimatosa clásica, pero diferenciándose de ella en que respeta un sector de la periferia de la córnea.

En la Iritis específica fibrinosa, no se trata solamente de una inflamación superficial. Ella presenta un ca-

rácter localizado en pequeños focos, no obstante su apariencia difusa.

Las sinequias posteriores dentadas, muestran que en estas adherencias con la Cápsula anterior, toman parte los estratos conectivos del Iris; diferenciándose así de las inflamaciones superficiales. Deben, pues, haber existido á pesar del aspecto difuso, algunos focos de infección localizados á nivel del margen pupilar.

Como consecuencia de esta participación de los estratos conectivos del Iris, en la inflamación, se produce una tumefacción del tejido del esfínter, lo que no ocurre en las Iritis Reumática y Blenarrágica.

No es raro que los depósitos de fibrina se distribuyan sobre la córnea, en el cuadrante correspondiente a la porción del Iris más tumefacta; y también se ve que tales depósitos determinan una inflamación de las capas posteriores de la córnea, que pueden dejar como consecuencia intensas opacidades cicatriciales.

Se trata en estos casos de una propagación de los Spiroquetas, por medio de los precipitados; con penetración de los mismos en las capas posteriores de la córnea.

Si frente a una Iritis fibrinosa como la que acabamos de tratar á grandes rasgos, el diagnóstico oftalmo-

lógico de sífilis puede ofrecer serias dificultades, las cosas cambian por completo en las formas papulosas.

Aquí, el fenómeno más aparente es la presencia de pequeños nódulos, de un tamaño en general menor que el de la una cabeza de alfiler, á nivel del margen pupilar, teñidos con muy diversos tonos, según la cantidad de sangre que se halla mezclada á los elementos celulares que los constituyen.

La coloración más común es el rosa amarillento ó el amarillo grisáceo; pero pueden recorrer toda la gama del rosa, rosa claro, rosa grisáceo, rosa obscuro, amarillo, y amarillo grisáceo.

Haciendo la iluminación oblicua focal, se ve que la cúspide de los nódulos y las zonas inmediatas se encuentran surcadas por una cantidad regular de capilares hiperhémicos; y los nodulitos aparecen como semicírculos á nivel del reborde pupilar y hemisféricos cuando están en la cámara anterior.

Este cuadro clínico se produce análogamente á la Iritis fibrinosa específica, entendiendo nosotros por Iritis Papulosa, la enfermedad del Iris en el período secundario de la sífilis.

La dilimitación entre la forma papulosa y la fibrinosa, no es muy neta, porque las investigaciones micros-

cópicas han demostrado en las formas fibrinosas la existencia de pequeñas infiltraciones en focos, que a simple vista no eran perceptibles.

Estos pequeños tubérculos han sido considerados, sin razón, como Gomas; pues ellos no supuran jamás, bien que se haya sostenido lo contrario.

Ellos coinciden con sífilides cutáneas y no son otra cosa que verdaderas neoplasias específicas, designadas también con el nombre de Condilomas.

Su superficie es irregular y está cubierta de pequeños vasos, siendo su región predilecta, la zona supero-interna del iris, á nivel ó en la vecindad del margen pupilar.

Por otra parte, clínicamente, en las iritis fibrinosas, se ven á menudo aparecer directamente bajo nuestros ojos sinequias posteriores que nos ~~permiten~~ deducir que allí han existido pápulas pequeñísimas circunscritas.

Se ha querido hacer de su presencia un signo patognomónico de la sífilis; pero ellas están lejos de ser constantes y además pueden observarse en otras afecciones no específicas del iris.

No constituyen, pues, un signo patognomónico de sífilis, aunpue sí, de mucha presunción.

Ellos se encontrarían en un 25 o/o de los casos de

iritis específica, según Mooren, en un 27 o|o, según Alexander; y no es raro verlas desaparecer espontáneamente, según Rochon Duvigneaud.

La existencia de los nódulos no perceptibles á simple vista, ha sido confirmada por los exámenes anatómicos practicados en numerosos casos; y es así que en general se habla de iritis fibrinosa, cuando el exudado es abundante y predomina la fibrina, y de iritis papulosa, cuando la aparición de nódulos constituye la base del cuadro clínico.

A pesar de lo expuesto, resulta más fácil distinguir la iritis papulosa de la gomosa; que no de la fibrinosa.

El Goma del iris es mucho más raro que las pápulas, puesto que la mayoría de las afecciones del iris tienen lugar durante el período secundario de la sífilis.

El goma está representado la mayoría de las veces por un tumor solitario, que alcanza un tamaño apreciable, casi sin excepción localizado en el margen ciliar del iris, ó en el cuerpo ciliar mismo.

Como todos los gomas, es capaz de sufrir la degenerescencia caseosa o grasosa.

Si el goma cura, origina una cicatriz blanco-grisácea, que acaba por soldarse a la cristaloides anterior.

Puede también proliferar, y llenando la cámara anterior, perforar la esclerótica.

Es un fenómeno terciario de la sífilis.

Por regla general, ataca un sólo ojo y se localiza en la región súper-externa del iris.

Si se localiza en el cuerpo ciliar, ocasiona fuertes dolores, porque propulsando a la esclerótica, efectúa una fuerte compresión nerviosa y entonces la esclerótica aparece adelgazada, haciendo proeminencia con una coloración azulada más o menos oscura, porque deja traslucir el pigmento subyacente.

Aun llegado á este grado de desarrollo, el goma es susceptible de regresión, dejando como único signo aparente de su existencia, pigmentación azul oscura de la esclerótica en el sitio en que estuvo radicado.

En cambio, si no sufre regresión, acaba por perforar la esclerótica en uno o dos puntos.

Puede dar lugar a la formación de depósitos sobre la membrana de Descemet, y a la aparición de un hipopion.

El cristalino, comprimido, por ofrecer resistencia sus sostenes, se opacifica y es en parte reabsorbido.

Como ocurre con todos los casos de tumores intra-oculares, puede aparecer un glaucoma secundario; en este caso, dependiendo de la dirección en que prolifera el goma.

Las estadísticas nos dicen que en un 30 olo de los casos, el ojo puede conservarse con un poder visivo, mediocre; mientras que la mayor parte de las veces el agrandamiento excesivo del ojo, exige su nucleación.

La formación de las pápulas puede incluirse en el grupo de las inflamaciones que se desarrollan en los estratos profundos del iris, exceptuándose solamente las que hemos descripto al hablar del exantema precoz: que se localizan en el territorio del esfínter, con un color rosa claro, como el exantema cutáneo; que son raras y desaparecen rápidamente. Estas no interesan más que a la capa epitelial.

Mucho más importantes para el diagnóstico, son las pápulas que se ven en el margen de la pupila.

Las pápulas precoces se diferencian de las tardías, en que éstas tienen una coloración clara, mientras que las primeras son mucho más rosadas.

Las pápulas tardías hacen, pues, impresión de nódulos claros de superficie lisa.

En las pápulas recientes el estrato anterior del iris, es distendido casi como si se formara una vesícula por debajo de él, distendiendo en arco a los vasos sanguíneos.

En las formas precoces que son fuertemente edema-

tosas, los vasos adyacentes se hallan también distendidos, lo que hace aparecer a las pápulas con las apariencias de un mayor tamaño.

La hemorragia puede ser una de las alteraciones que estos fenómenos determinan.

El número de uas pápulas puede ser muy variado; de 4 a 6 por lo general.

También las pápulas tardías en su aparición, tienen su localización preferida a nivel del territorio del esfínter; pero son por regla general, menos numerosas, pudiendo a veces ser solitarias.

Se distinguen además de las formas precoces, por su consistencia dura y por su superficie regular, lisa completamente.

La superficie anterior del iris aparece al mismo nivel que las pápulas, pero sin estar levantada por encima de ellas.

La hiperhemia circundante es mucho menor y por eso tienen una colocación mucho más clara, amarillo-grisácea o gris.

Son en general de mayor volumen que las formas precoces, pudiendo extenderse de la región del esfínter a la periferia del iris.

No se absorben tan fácilmente como las formas edematosas.

Estas pápulas de rápido desarrollo y ricas en células, tienen otra característica señalada por Krückmann, como un infarto hemorrágico.

También en la sífilis del ojo se enferman, sobre todo, los vasos. En estas formas hemorrágicas, se distingue una zona rosada, y otra amarilla más tarde cobriza.

Después que las pápulas han alcanzado su completo desarrollo y bajo la acción terapéutica, se resuelven por procesos de reabsorción, tanto más rápidamente cuanto más amarillos aparecían los nódulos.

El comienzo de la reabsorción se conoce por una depresión en el centro de las pápulas, que profundiza cada vez más.

A veces el contenido de la pápula, cae a la cámara anterior y determina una hemorragia. El carácter más notable consecutivo a la reabsorción de las pápulas, es la pérdida de pigmento que sufren los extractos anteriores del iris y la disposición especial de las sinequias.

Krückmann ha llamado la atención sobre estos focos de depigmentación, comparándolos al leucoderma cutáneo.

Otro fenómeno importante, es la destrucción que sufre el territorio del esfínter; pues la destrucción y atrofia de las fibras musculares, predomina sobre la depigmentación.

A esto se agrega el aspecto característico de las sinequias posteriores consecutivas a la formación de pápulas en el reborde pupilar. Tienen una ancha base, son más ó menos circunscriptas, con una disposición dentada. No sólo la hojilla anterior del iris, sino todo el parénquima del mismo, está adherido a la cristaloides anterior. La forma papulosa es más precoz que la forma difusa, y aparece, por regla general, antes del sexto mes.

Casi todos los enfermos se ensuentran entre los 20 y los 40 años; siendo más común que la fibrinosa en sujetos más jóvenes.

El pronóstico en lo relativo a curación, es favorable, debiendo hacerse algunas restricciones.

Las recidivas tienen lugar, según una estadística, en un 60% de los casos, y conducen por el aumento de sinequias posteriores á la seclusión pupilar, con ó sin oclusión; con otras consecuencias, como son por ejemplo: la atrofia del iris, glaucoma secundario, catarata complicada, enturbiamiento y aumento de volumen del cuerpo vítreo, etc.

El pronóstico de las iritis papulosas y gomosas, es en general, más favorable que el de la forma fibrinosa.

La formación de nódulos indica que se trata de formas graves

En la iritis sifilítica ocurre en substancia, lo que en toda inflamación crónica.

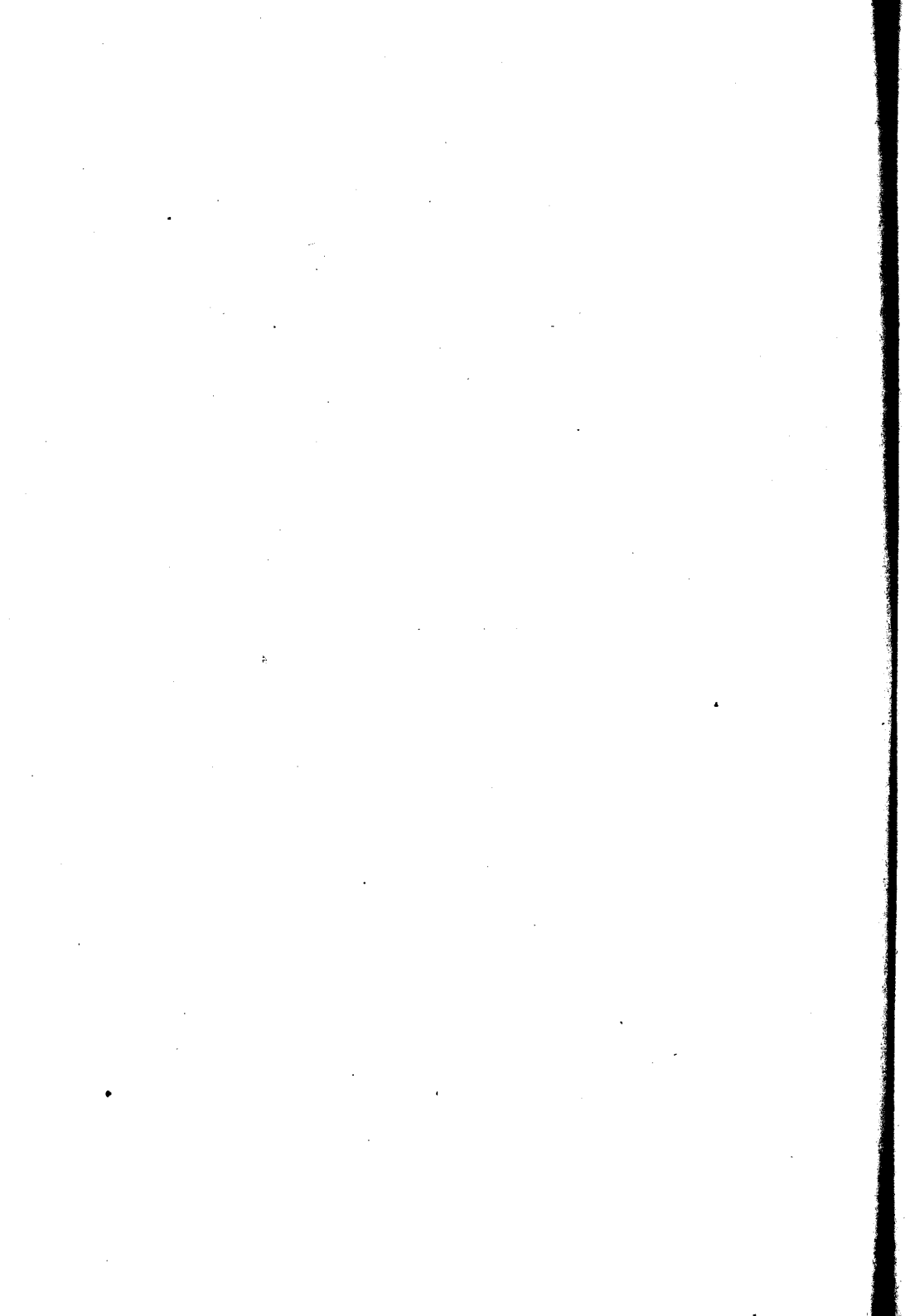
En la forma fibrinosa el iris está infiltrado y espesado.

Tres fenómenos son característicos: primeramente la alteración de las pequeñas arterias, que tienen su luz casi obstruida, y también por fuera de la adventicia se observa una intensa proliferación de células epiteliales.

En segundo término, en una sección microscópica se pueden reconocer pequeños nódulos redondeados que pasan desapercibidos por su pequeño tamaño, al examen clínico.

Es, pues, una infiltración profunda en focos, formada por linfocitos y células epiteliales; pueden contener también células gigantes.

Se diferencian de los nódulos tuberculosos en que están más ricamente provistos de vasos.



RESUMEN DE LAS FORMAS CLÍNICAS DE IRITIS SIFILITICA ADQUIRIDA

1.º Forma Simple ó Plástica (sub-aguda ó crónica).

Ofrece las particularidades siguientes: comienza muchas veces, solapadamente, sin reacción, por adherencias irido-capsulares.

Se observan excrecencias cobrizas, llamadas también pápulas cobrizas ó condilomas cobrizos, situados en el limbo ciliar ó pupilar del iris; viene a ser la iritis papulosa, de la que ya hemos hablado bastante, más arriba.

Al cabo de un tiempo, más ó menos largo, estas excrecencias desaparecen por reabsorción.

2.º Forma Serosa ó Linfangitis Anterior.

Es muy rara y sobreviene en el período secundario,

3.º Forma Parenquimatosa Parcial o Iritis Gomosa.

Sobre uno o varios puntos, el iris se hincha, adquiere una coloración rojo-obscura y se recubre de finos vasos. Después toma un tinte amarillento debido al proceso de reabsorción y acaba por atrofiarse o, por el contrario, desarrollándose, llega a perforar la esclerótica.

Estas producciones gomosas, varían en su número y tamaño. Es una forma que se encuentra en el período terciario o segundo terciario. Todas estas formas clínicas se acompañan, preceden o son posteriores a otras manifestaciones de origen específico.

ENUMERACION DE LOS SÍNTOMAS COMUNES EN LAS IRITIS

- 1.º—Inyección peri-kerática, profunda.
- 2.º—Hiperhemias del iris,—Quémosis.
- 3.º—Pupila chica irregular.
- 4.º—El iris no reacciona, o lo hace con pereza.
- 5.º—Pupila dilatada, Glaucoma secundario de Graeffe.
- 6.º—Hipotonía, (rara vez Hipertonía).
- 7.º—Dolores Irradiados.
- 8.º—Fotofóbia, Lagrimeo.
- 9.º—El iris pierde el relieve, color y brillo.
- 10.º—Lesiones circunscriptas sobre el iris.
- 11.º—Exudados en sus distintas formas.
- 12.º—Humor acuoso turbio.
- 13.º Disminución de la agudeza visual.

- 14.º—Sinequias.
- 15.º—Oclusión, Seclusión y sinequia total del iris.
- 16.º Atrofia del iris, iris en tomate.
- 17.º —Manchas amarillas y oscuras salientes.
- 18.º—Epifora.
- 19.º—Precipitados en el vitreo. (Coroides).
- 20.º—Precipitados lenticulares.
- 21.º—Inapetencia, insómnia, etc.

BREVE RESEÑA SOBRE EL DIAGNÓSTICO CON LA IRITIS REUMÁTICA Y TUBERCULOSA

La iritis reumática es una iritis epitelial, superficial, no parenquimatosa.

Se asemeja en esto a las lesiones que esta misma enfermedad determina en las bolsas serosas de las articulaciones, de las vainas tendinosas, del pericardio, etc.; pudiendo a veces coexistir las iritis con alguna de esas lesiones; en efecto, la cavidad de la cámara anterior recubierta de endotelio es muy análoga a la cavidad de las serosas y puede ser, como ellas, ser lesionada por el reumatismo.

La iritis es producida en esta enfermedad, por el líquido seroso encerrado en la cavidad de la cámara anterior, que puede contener toxinas irritativas para el iris, o bien constituir un líquido flogógeno, con el agente in-

feccioso en suspensión, que localizándose en el iris, determina su inflamación.

En las teorías modernas se nota una marcada tendencia a creer en la última consideración; pero falta aún la demostración científica indiscutible, que nos sería dada por el Hallazgo del agente específico que todavía no se conoce, localizado en el iris.

Para que esta iritis se produzca, es necesario que exista una cierta predisposición del iris, que puede ser motivada por cualquier causa que haya disminuido ó debilitado su resistencia natural.

El frío ha sido siempre incriminado; puede ser también un exceso de trabajo, una contusión, etc.

Sus síntomas particulares son:

a) Cambio de color del iris. Es debido a la ingurgitación e hiperhemia de los vasos sanguíneos del iris. Si el iris en estado normal era azulado ó grisáceo, cosa que se puede ver en el ojo sano, aparecerá ahora de color verduzco, siendo la diferencia fácil de notar; no sucede lo mismo en los iris muy pigmentados, porque en ellos estos cambios de color son muy poco pronunciados.

b) Inyección perikerática muy pronunciada.

c) Dolor caracterizado por ser más intenso que en

el resto de las iritis. Es un dolor muy intenso, punzante, localizado de preferencia en la región superciliar, desde donde se irradia a la región temporal, hacia el oído y muchas veces hasta la raíz de los dientes.

Es un dolor con exacerbaciones nocturnas.

d) Suele provocar una quemosis ó edema seroso de la conjuntiva.

e) Cambios pupilares; en general las pupilas están contraídas y reaccionan con muchísima dificultad, ó no reaccionan.

El estrechamiento pupilar es una consecuencia inevitable del espasmo del esfínter, debido a la irritación inflamatoria y, sobre todo, á la ingurgitación de los vasos sanguíneos.

f) Sinequias superficiales, epiteliales que en general ceden fácilmente a la atropina, siendo regular la dilatación pupilar.

Si el exudado fuera plástico o fibroso, las sinequias difícilmente se lograrían destruir con los midriáticos.

g) Excepcionalmente puede haber una midriasis por la aparición de fenómenos glaucomatosos, debido á una hipersecreción, que determina al mismo tiempo un edema del cuerpo vítreo; se trata en estos casos del glauco-

ma secundario a la iritis, que es menester no confundir con el glaucoma primitivo verdadero.

h) Es una iritis casi siempre unilateral en sus comienzos, pudiendo al cabo de algunos meses, ser atacado el otro ojo.

Se caracteriza también la iritis reumática, por ser eminentemente recidivante, habiéndose observado casos de 10 y 12 recidivas.

La iritis sifilítica se diferencia de la iritis reumática en que su marcha es más lenta, más sorda: la inyección perikerática es menos pronunciada. Pocas veces se observa la quémosis.

El dolor, aunque es variable con los sujetos, es en general menos intenso.

Existe también aquí una modificación en el color del iris; pero el carácter diferencial por excelencia, es que, aquí se trata, no de una iritis superficial, serosa, epitelial como acontece en el reumatismo, sino de una iritis fibrino-plástica parenquimatosa. Es una iritis á pequeños nódulos con aspecto de pápulas o condilomas. Estas pápulas pueden ser una o varias y se localizan en la zona esfinteriana y en las vecindades de la inserción ciliar del iris; con poca frecuencia en la región intermedia. Esta disposición especial de las pápulas, es

debida a que las zonas precitadas del iris son las más ricas en vasos sanguíneos.

Otro tanto sucede con la localización de los nódulos tuberculosos. Se diferencian sin embargo en que la pápula sífilítica, a pesar de ser poco vascularizada la región que la circunda, lo es más que la tuberculosa.

Las pápulas sífilíticas se presentan con una coloración cobriza, en vez del color amarillento sucio que es común a los nódulos tuberculosos, y ello es debido a que se ha producido un aumento de sangre a su alrededor.

Cuando se desarrollan en el cuerpo ciliar por detrás del iris, determinan una elevación parcial del mismo, haciéndolo aparecer como abollonado y prominente en la cámara anterior.

La inyección perikerática es más pronunciada en las regiones correspondientes a la situación de las pápulas en el iris.

Esta iritis determina á veces la formación de un pequeño hipopion, constituido por grumos caídos de las pápulas á la cámara anterior, mezclados a substancias plásticas, sin que exista verdadero pus.

En la iritis específica, las pápulas adhiriéndose á la superficie de la cristaloides anterior, pueden dar lugar

á la formación de sinequias duras que resisten á la acción de la atropina, que sólo consigue romperlas en los primeros días de su evolución. Es éste otro de los caracteres que la diferencian de la iritis reumática, porque las sinequias de esta última son superficiales, epiteliales y en general ceden fácilmente a la atropina, no son parenquimatosas, hechas con el estroma mismo del iris como en las sifilíticas.

La iritis sifilítica es una afección que evoluciona en el período secundario de la sífilis, entre el tercero y el quinto mes (Lagleyze), conjuntamente con las otras manifestaciones de este período.

Sin embargo, hay autores que conceden un lapso de tiempo mayor, transcurrido entre el accidente primario ó lúes inicial, y la aparición de la iritis; hasta ocho meses.

Excepcionalmente, la iritis aparecerá después de un año, y en estos casos su etiología se hace discutible.

Antiguamente, más de un 75 o|o de las iritis, eran consideradas como de origen específico; hoy, este porcentaje está reducido al 25 o|o del total de casos de iritis.

La iritis tuberculosa se caracteriza por ser su evolución, aún más crónica y lenta que en las formas anterio-

res, por ser menos dolorosa y por determinar excepcionalmente una quémosis.

La inyección perikerática es también menos pronunciada, debido a que la reacción que provoca la tuberculosis, es poco manifiesta. Sin embargo, en los niños escrofulosos es relativamente común observar que la iritis bacilosa está acompañada de una fuerte inyección perikerática, que está extendida a toda la conjuntiva; es que en estos casos existe una conjuntivitis al mismo tiempo, circunstancia que difícilmente pasa desapercibida para un ojo algo experto.

En la iritis bacilosa, el fenómeno más apreciable consiste en la aparición de pequeños focos tuberculosos en la superficie del iris. Su número puede ser bastante variable, pudiendo llegar hasta 30 ó 40 con la localización característica que les hemos asignado más arriba.

Estos focos bacilosos están en continua evolución, desapareciendo unos para dar lugar a la aparición de otros nuevos.

Produce también un exudado plástico, que cayendo a la cámara anterior, puede semejar un hipópion verdadero, y además depositarse sobre la cara posterior de la córnea y adherirse allí semejando una Descemetitis.

Las sinequias posteriores a que da origen, son más extensas por lo general que en las anteriores formas de iritis, y no es raro observar una sinequia total cápsulo-uveana, con seclusión pupilar.

Se observa, entonces, que el iris está deprimido en toda la región ciliar, como rechazado hacia atrás, al mismo tiempo que en ese sitio la cámara anterior está aumentada de profundidad á expensas de la cámara posterior, que ha desaparecido como consecuencia de dicha adherencia.

La depresión del iris en su porción ciliar, es debida á la forma convexa que tiene la cristaloides, con su punto culminante a nivel de la pupila y sus bordes adelgazados, en la porción ciliar del iris.

La sinequia total o cápsulo-uveana, no se observa nunca en la iritis reumática, y para que llegara á formarse en una iritis sifilítica, tendría que ser un caso no tratado, en que se ha dado bastante tiempo a la enfermedad para llegar a producirla; y aun así casi siempre quedan algunas porciones libres del margen pupilar, que se ponen de manifiesto bajo la forma de arcos, cuando se instila atropina.

Puede existir también un sólo tubérculo vascularizado, que desarrollándose poco a poco, aumenta de volu-

men hasta que el ojo se hace incapaz de contenerlo en su interior y comienza desde ese momento a sufrir serios trastornos, con un dolor muy intenso, que sólo desaparece cuando el globo se perfora, para dar lugar a una larga supuración si no se interviene radicalmente.

En estos casos de tubérculo aislado, el ojo se pierde irremisiblemente, cosa que puede evitarse en algunos procesos análogos de origen específico, interviniendo con un tratamiento enérgico.

Estos tuberculomas del iris pueden invadir los procesos ciliares y desarrollarse hacia atrás, hacia el interior del globo ocular, impresionando al clínico como si se tratara de un tumor intra-ocular (glioma ó sarcoma).

Seguramente más de una vez se habrá hecho una enucleación, por tratarse de un tumor intra-ocular de otra naturaleza, cuando en realidad se trataba de un tuberculoma.

En efecto, la confusión es fácil, dado que los tuberculomas al igual que los tumores, no determina síntomas reaccionales por parte del ojo. El iris puede aparentar estar sano, o no estar lesionado más que en un sitio muy limitado, solamente el ojo aumenta progresivamente su tensión y los dolores se van haciendo insoportables.

Hasta puede observarse un reflejo en la pupila, semejante al ojo de gato, típico del glioma en los niños. La lesión inicial ha sido un trombus, una endovasculitis que ha dado lugar a la evolución de un tuberculoma.

El error de diagnóstico no tiene en la mayoría de los casos, ninguna consecuencia enojosa, dado que en ambas afecciones la indicación terapéutica es una misma: la enucleación.

Sin embargo, muchos clínicos creen que no se debe operar por tratarse de una afección secundaria, salvo los casos en que hubiera sido un traumatismo el que aportó los gérmenes; pero en la mayoría de los casos, el traumatismo no es más que una causa ocasional que, debilitando el ojo, atrae allí la afección secundaria.

En realidad, cuando se cree que el proceso alcanzará a la perforación del globo ocular, la enucleación está indicada, pues ella abrevia la enfermedad, evitando la formación de un Fungus, como se decía antiguamente, ó de una larga supuración.

Es claro que no se hará una extirpación en caso de una iritis bacilosa, puesto que ésta es curable en los adultos. En cambio, en los niños cura por excepción y generalmente mueren bacilosos; constituyendo en ellos, pues, un síntoma de grave pronóstico.

La iritis tuberculosa se presenta también bajo la forma plástica y serosa, sin tubérculos, es decir, sin localización de bacilos en el iris.

Esta forma se observa con relativa frecuencia, especialmente en las mujeres en la época de la menopausia; por este motivo, cuando en una mujer en estas condiciones, se encuentra una iritis sin causa determinante apreciable, debe pensarse en la existencia de una bacilosis. En las estadísticas antiguas, sólo por excepción nos encontramos con uno de estos diagnósticos, de iritis bacilosa tóxica; se encuentran en la proporción de 1 por 10.000 casos de iritis; actualmente, las cifras suben grandemente y las encontramos ocupando más de un 50 por ciento de los casos, gracias a que poseemos medios más seguros de diagnóstico (tuberculina, cutirreacción, oftalmorreacción, etc.).

Cuando se practica una oftalmorreacción, se hace en el ojo sano; es una práctica peligrosa porque el proceso baciloso suele atacar con pocos meses de intervalo al ojo sano y, por consiguiente, esta reacción diagnóstica puede transformarse en una causa ocasional.

Cuando una iritis bacilosa cura, el sitio que ocupaban los tubérculos en el iris sufre una esclerosis y sólo persiste en esos puntos cicatriciales, la capa posterior

pigmentada, apareciendo bajo la forma de pequeños agujeritos negros, que son característicos.

La iritis bacilosa, como hemos visto, se propaga fácilmente a los procesos ciliares, pudiendo llegar a tomar la coroides, accidente que rara vez ocurre en la iritis reumática. Como una consecuencia de su participación activa, los procesos ciliares pueden sufrir una esclerosis total; la secreción del humor acuoso disminuye y hasta casi se suprime, el ojo pierde poco á poco su tensión y como una consecuencia de esta hipotonía progresiva, marcha á la atrofia.

Limitaré esta descripción de diagnóstico diferencial, á las iritis que anteceden, por ser ellas las que más frecuentemente interesan al médico en su práctica diaria.

Por otra parte, la blenorragia, las enfermedades infecciosas agudas, la gota y otra diátesis orgánicas, que son causas determinantes en la etiología de las iritis, lo son en menor escala y sin poseer caracteres típicos que permitan una diferenciación clínica por el sólo examen de la lesión local; debiendo en estos casos recurrir el médico, al examen general del enfermo para poder establecer el origen de la iritis y poder instituir un tratamiento apropiado.

IRITIS Y GLAUCOMA

Dice el doctor Márquez, que el diagnóstico diferencial entre la iritis y el glaucoma, puede decirse que es el más importante en Oftalmología.

Como acontece en las iritis sin excepción, los midriáticos encuentran una útil aplicación con el fin de evitar las sinequias, y, como por otra parte, éstos están seriamente contraindicados en el glaucoma, por elevar aún más la tensión, puede deducirse las graves consecuencias que tendría para el enfermo si se confundiera una afeción con la otra.

Dos síntomas constituyen la base de este diagnóstico, el aumento de la tensión, y la midriasis glaucomatosa, sobre todo esta última, ya que existen a veces iritis con tensión glaucomatosa.

Dice también que como en oftalmología pueden elevarse á la categoría de aforismo, las siguientes consideraciones: "siempre que haya midriasis, serán útiles los mióticos o, por lo menos, no serán nocivos, siendo perjudiciales los midriáticos; y siempre que haya miosis, serán convenientes los midriáticos y dañinos o, por lo menos, no útiles los mióticos": la duda por lo que respecta al tratamiento, que es siempre, desde el punto de vista de la práctica, la más trascendental en medicina, queda resuelta con facilidad, pues todo se reduce a aplicar la atropina en las iritis (porque hay miosis), y eserina o pilocarpina en el glaucoma, porque hay midriasis.

De este modo sencillo, quedarían eludidas todas las responsabilidades y daños en la reputación que el médico puede sufrir en una equivocación diagnóstica de la categoría de la que dejamos tratada.

Es un consejo práctico.

IRITIS Y CONJUNTIVITIS

Me ha decidido á incluir aquí este capítulo de diagnóstico diferencial, el hecho de haber observado con frecuencia, entre los estudiantes y médicos no especializados, una marcada indecisión cuando se trataba de pronunciarse en un sentido ó en otro; dificultad ilusoria la mayoría de las veces, para cualquier ojo experto.

Es por ello que expondré aunque muy suscintamente sus caracteres diferenciales.

En la iritis no existe secreción catarral, característica de muchas conjuntivitis, (catarral crónica y aguda, purulenta, blenorragica, etc.).

La quémosis puede existir en ambas afecciones y también, en otras, por lo cual no podemos servirnos de ella como de un carácter distintivo.

La iritis determina un edema o una tumefacción de los párpados, muy pocas veces; cosa que se observa con frecuencia en algunas conjuntivitis.

La superficie de la conjuntiva bulbar ó palpebral, se encuentra en las iritis, lisa y pulida como en estado normal, solamente pueden estar algo hiperhemiadas; en cambio en las conjuntivitis, las encontramos siempre alteradas, (papilas, foliculos, vegetaciones, etc.).

Por este motivo, encontramos en las iritis, que la córnea conserva su superficie brillante y transparente; pudiendo encontrarse en las conjuntivitis, algo alterada, desde una ligera erosión hasta su opacificación completa; (pánnus del tracoma), debidas estas lesiones al contacto infeccioso de la superficie conjuntival alterada, sobre la córnea.

En las conjuntivitis, es raro que los enfermos acusen dolor, á lo sumo se quejan de la sensación de roce ó de cuerpos extraños ó ardores, como si tuvieran tierra ó arena en los fondos de saco conjuntivales; por el contrario, uno de los síntomas característicos de las iritis, son los dolores agudos y punzantes, localizados de preferencia en la región superciliar y que se pueden irradiar hacia la región temporal, hacia el oído, y á la raíz de los dientes.

Por lo general los dolores de la iritis se exacerbam por la noche.

El lagrimeo existe en las dos afecciones; no lo tendremos pues en cuenta.

La inyección vascular que determina la iritis, es distinta de la que provoca la conjuntivitis.

En efecto la inyección vascular por conjuntivitis, tiene una mayor intensidad á nivel de los fondos de saco conjuntivales, para ir decreciendo á medida que nos aproximamos al limbo esclero-corneal, y los vasos inyectados, son los vasos superficiales que corren en el espesor de la conjuntiva y que pueden hacerse deslizar sobre el bulbo, conjuntamente con ella.

Las iritis por el contrario determinan la inyección sanguínea de los vasos profundos del círculo arterial peri-kerático. Ellos aparecen irradiando del limbo, hacia la perifería y desaparecen más ó menos á poca distancia del mismo, adquiriendo á veces, una coloración rojo azulada característica.

Son vasos profundos que no tienen ninguna relación con la conjuntiva y que se reconocen por que haciendo deslizar á esta última sobre el bulbo, los vasos no sufren ningún desplazamiento.

Igualmente, en los casos de iritis en que están to-

mados los procesos ciliares, el paciente acusa dolor á veces muy intenso, cuando se hace presión inmediatamente por fuera del limbo esclero-corneal, por que allí debajo están los procesos ciliares inflamados.

La conjuntivitis no modifica para nada la coloración del iris, siendo en cambio este fenómeno, un carácter casi constante de las iritis.

En las conjuntivitis, la pupila conserva su abertura normal y no sufre modificaciones en su forma, y en las iritis está por lo general, contraída; sufriendo en su forma modificaciones más ó menos intensas que están bajo la dependencia de la formación de sinequias.

En las iritis recientes, la pupila reacciona muy débilmente á la luz; pero más tarde ya no reacciona.

TRATAMIENTO

Tenemos en primer término, la atropina, que paraliza las fibras del esfínter, dejando su libre acción á las fibras radiadas que son las dilatadoras de la pupila.

Instilando pues atropina, si existen sinequias superficiales ó epiteliales como ocurre en las iritis serosas, éstas se rompen y la pupila se dilata regularmente. Lo mismo puede suceder cuando se trata de sinequias parenquimatosas en los primeros días de su evolución; pero en general, estas últimas por poco antiguas que sean, resisten á la acción de la atropina.

En estos casos puede agregarse á la atropina, que dilata la pupila, la cocaína que activa la acción de las fibras radiadas, obteniéndose así, una midriásis máxima.

La adrenalina, disminuye la ingurgitación sanguínea y tal vez llegue al iris y descongestionándolo, acentúe la acción de los midriáticos.

Podría pues usarse de preferencia, la siguiente fórmula:

Rp:

Sulfato neutro de atropina	0.10 centigramos
Clorhidrato de cocaína	0.20 „
Sol. de adrenalina al 1|1.000	2.00 gramos
Agua destilada	8.00 „

(colirio, por gotas)

No se debe usar la atropina en las iritis con aparición de fenómenos glaucomatosos, pues la pupila aúces, hasta la instilación de mióticos, ó una intervención quirúrgica (paracentesis, iridectomía).

Así cesan inmediatamente los dolores por la disminución brusca de la tensión intra-ocular. La paracentesis es capaz en muchas ocasiones, de iniciar una marcha franca hacia la mejoría.

Si la fórmula anterior no hace desaparecer los dolores, puede recetarse la dionina en soluciones algo comentaría aun su tamaño y la tensión ocular se eleva-

ría. En estos casos especiales, se hace necesario a veces centradas, por ejemplo:

Rp:

Dionina 0.50 centigramos
Agua destilada : 5.00 gramos
(frasco gotero-colirio)

Si los dolores persisten y son muy intensos, se puede inyectar morfina en la región temporal.

Al mismo tiempo es menester la medicación emoliente con fomentos ó cataplasmas, embebidos en oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000.

Aconsejamos no emplear las compresas frías porque al retirarlas puede tener lugar una reacción contraria que determine una mayor congestión.

La harina de lino, se ha usado mucho; pero además de ser sucia; determina diversas reacciones cutáneas.

Podrían, por ejemplo, hacerse fomentaciones de media hora de duración, cada dos horas.

Las sanguijuelas encuentran aquí una útil aplicación; pero como son escasas y podrían ser portadoras de gérmenes sépticos, son sustituidas con ventaja por las sanguijuelas artificiales de Herteloup que se aplican en la región mastóidea ó temporal; son mejor toleradas

por los pacientes y muchas veces calman los dolores sobre los que no tuvo acción la morfina.

Son de uso corriente, la aspirina, la exalgina, la fenacetina, el piramidón, que son buenos en dosis no muy elevadas, logrando en la mayoría de los casos, calmar los dolores.

El tratamiento quirúrgico sólo tiene aplicación cuando aparecen fenómenos glaucomatosos.

El tratamiento general consiste en combatir la causa productora.

Si es el reumatismo, se prescribirá la aspirina ó el salicilato; si el enfermo es gotoso, se agregará el cólchico.

Si es un sífilítico, se instituirá un tratamiento mercurial intensivo en inyecciones, ó lo que es preferible, con fricciones, que á pesar de ser un poco sucias, actúan más rápidamente.

Debe preferirse el mercurio al yoduro potásico, que como es un vaso dilatador, la mayoría de las veces no hace más que exacerbar la lesión.

El Salvarsan, da resultados excelentes en la iritis específica, pudiéndose notar desde el día siguiente de la inyección, una franca mejoría, aun en muchos casos que habían sido tratados con mercurio, durante más de ó meses, sin ningún resultado.

PRONÓSTICO

Una iritis mal tratada, siendo leve, puede ser mucho más grave, sobre todo en sus consecuencias; que una iritis muy seria, bien tratada.

En primer lugar se impone un buen tratamiento local; y después, el general.

En tesis general, es más importante el tratamiento local, excepto algunos casos en que se impone con urgencia, un tratamiento general; de todos modos, lo más urgente, es obtener la dilatación pupilar mediante la acción de cualquier midriático.

Se dice por ejemplo que en las iritis sifilíticas, es más urgente el tratamiento general.

Pero, que ocurre si hacemos éste excluyendo el tratamiento local? se curará la iritis, y hasta puede ser que más rápidamente, pero trayendo aparejadas muy

graves consecuencias, como son la organización de los exudados, sinequias persistentes, oclusión y seclusión pupilar, etc.; constituyendo una afección crónica que es en realidad mucho más grave y difícil de curar, que la misma iritis.

En cambio si instituímos un tratamiento puramente local, excluyendo el general, que ocurre?

La iritis acaba siempre por curarse aunque más lentamente; pero sin dejar tan fatales reliquias.

Lo práctico, es tener el buen tino de hallar un tratamiento combinado, que resulta ser siempre lo más eficaz, pues lejos de excluirse, el uno es un complemento indispensable del otro.

La iritis fibrinosa es la más grave de las formas clínicas específicas, por las consecuencias que hemos visto que puede acarrear.

La forma papulosa es la más precoz y es la más benigna de las formas establecidas.

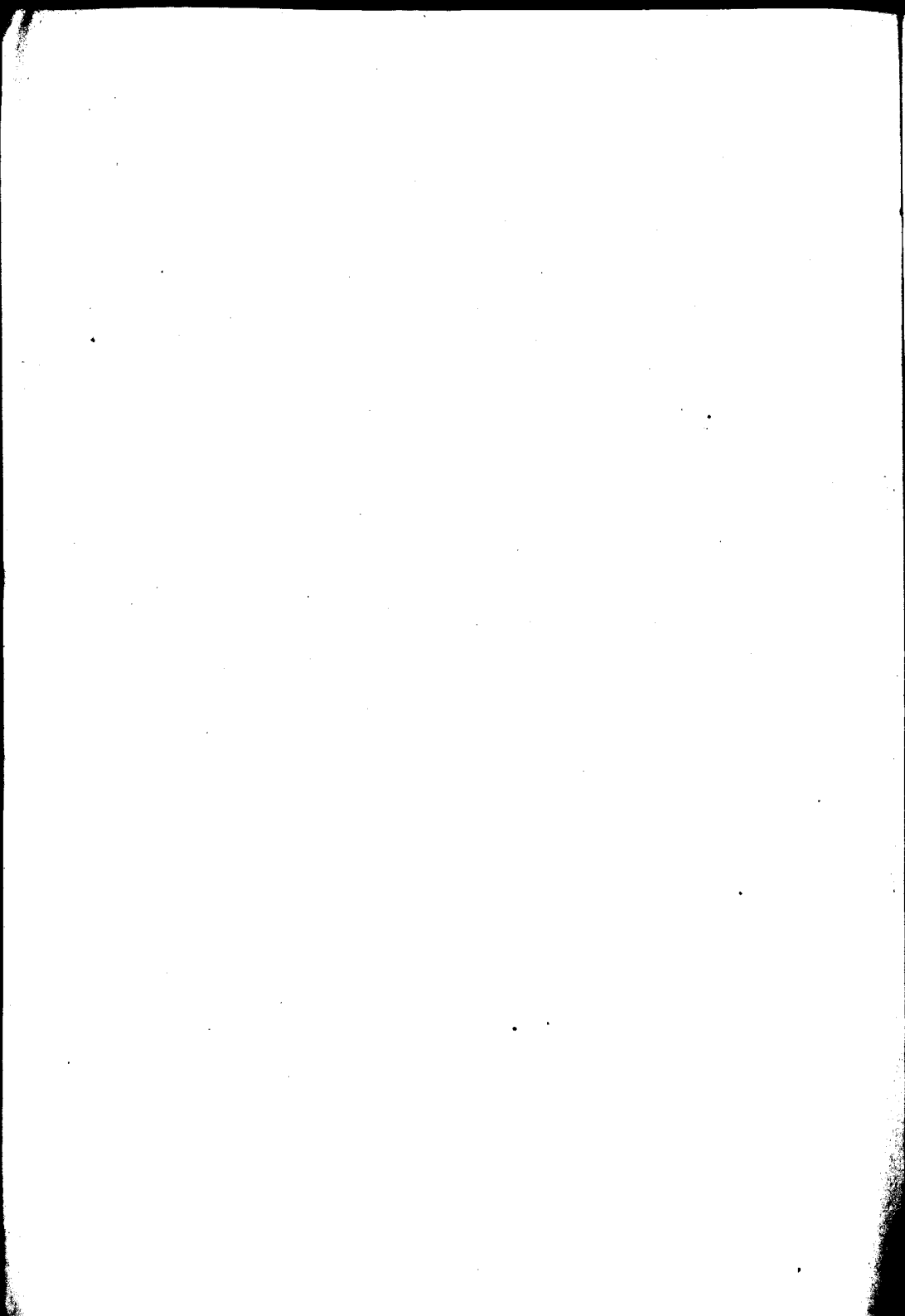
La roseola precoz, es insignificante, no ocasiona sufrimientos y cura muchas veces espontáneamente.

El goma da lugar en un 70 o/o de los casos, a proceder á la enucleación, por agrandamiento del globo ocular: en un 30 o/o el ojo se conserva con un poder visivo muy mediócre.

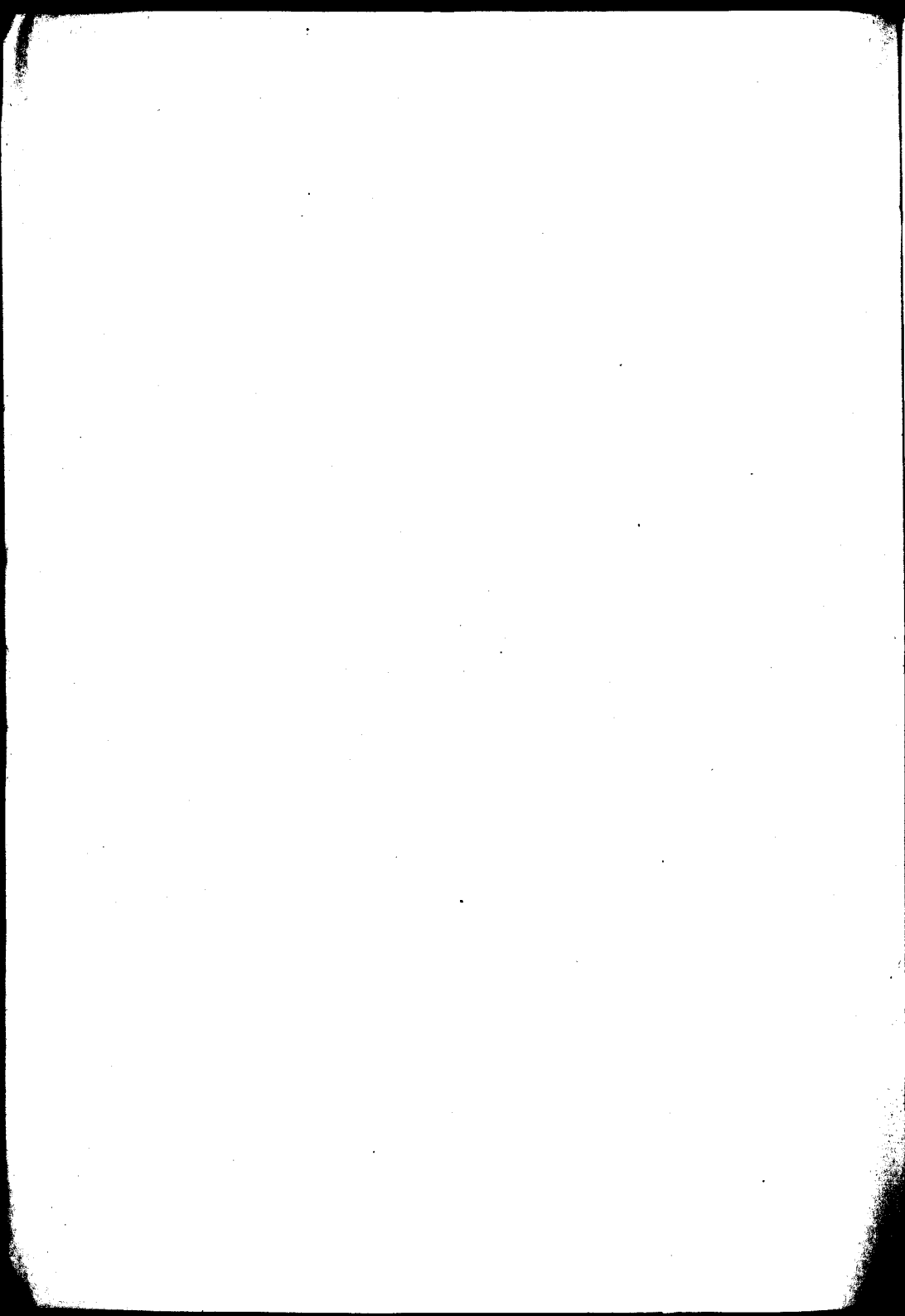
El diagnóstico precoz, es en estos casos el ideal, el único salvador, es el grito de alarma, que pidiendo un tratamiento intensivo, puede devolver al ojo, su integridad anatómica y funcional.

HÉCTOR U. FERNÁNDEZ.

9 de Abril de 1917, Buenos Aires



OBSERVACIONES CLINICAS



OBSERVACION I

Servicio del Doctor IRIBARREN.

J. P. (Español), 28 años, Soltero.

Se presenta a la clínica el día 8 de Enero de 1917, acusando dolor vago, superciliar irradiado; y disminución de la agudeza visual.

Se observa: inyección perikerática poco intensa, irregularmente repartida, humor acuoso turbio, ligero hipópion; iris despulido, sin brillo y sin relieve, edematoso y tumefacto. Algunos exudados ocupan parte del campo pupilar. Pupila chica, regular, no reacciona; tensión disminuida. Iris sano, de color azul claro, el enfermo aparece verdoso.

Con el microscopio corneal, se observa en la zona del esfínter, la presencia de tres nódulos rosados, bien irrigados, de superficie irregular.

Hay el antecedente de un chanero indurado aparecido tres meses antes, que curó en 15 días. Virgen de tratamiento.

Se diagnostica, iritis específica forma papulosa, y se instituye el tratamiento siguiente: pomada de atropina al medio por ciento, con cocaína. Una fricción diaria de dos gramos de pomada mercurial con dos de pomada de belladona.

Enero 10. —La pupila se ha dilatado irregularmente, haciéndose aparentes, dos sinequias resistentes; el resto en el mismo estado.

Se aconseja usar insistentemente la pomada con atropina. El sujeto comienza a mejorar paulatinamente, hasta que el día 16 de Febrero es dado de alta, pero con persistencia de las sinequias. Se le aconseja continuar con un tratamiento intensivo, antilúético.

OBSERVACIÓN II

Servicio del Doctor IRIBARREN.

M. G.—32 años, Casado, Español.

Enero 10.—Concurre por primera vez a la clínica. Se observa: Dolor intenso irradiado y fotofobia datando de tres días. Fuerte inyección perikerática, humor acuoso apenas enturbiado. Pupila miótica, libre de exudados. Iris sin relieve tumefacto, no reacciona.

Chanero indurado con infarto ganglionar 5 meses antes. Virgen de tratamiento.

No se observa ningún nódulo. Tensión normal.

Se prescribe colirio acuoso de atropina al 1 ‰, cocaína al 2 ‰, y adrenalina.

Inyección intravenosa de 45 centigramos de neosalvarsan.

Enero 12.—Notable mejoría, se insiste en los midriáticos.

Enero 19.—Ha continuado la mejoría tan rápidamente, que el iris aparece sano, no hay dolor ni inyección perikerática. El sujeto es dado de alta en la clínica; pasándolo para su tratamiento ulterior a la clínica de dermatosifilografía.

Febrero 2.—Ha vuelto al servicio como se lo habíamos pedido: presenta un iris reaccionando normalmente, pupila limpia, no hay sinequias; es un ojo completamente sano.

Continúa su tratamiento.

OBSERVACIÓN III

Servicio del Doctor IRIBARREN.

P. F.—Argentino, 21 años, soltero.

Marzo 2.—Concurre por primera vez a la clínica. Tiene antecedentes específicos, datando de 5 meses. Virgen de tratamiento.

Se presenta: con escaso dolor superciliar. Gran disminución de la agudeza visual, ésta es igual a $1/4$, pupila chica muy irregular.

Campo pupilar ocupado por exudados organizados, se perciben extensas sinequias. Iris despulido, poco tumefacto, sin nódulos.

Se diagnostica como iritis específica, de evolución insidiosa.

Se instituye tratamiento intensivo mercurial, y se prescriben colirios midriáticos, aceitosos, para su acción más intensa.

Marzo 20.—El sujeto, sigue su tratamiento

con muy poca mejoría; su pupila apenas se ha dilatado en un arco, existe casi una seclusión pupilar.

Su enfermedad lleva una lentitud marcada, sin mejorar ni empeorar, persiste la inyección perikerática, y ligera pesadez de la región.

Se ha dispuesto suprimir el tratamiento mercurial, para inyectar una serie de neosalvarsan.



Buenos Aires, Abril 9 de 1917.

Nómbrese al señor académico Dr. Eduardo Obejero, al profesor titular Dr. Enrique B. Demaria y al profesor suplente Dr. Adolfo Noceti, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4 de la "Ordenanza sobre exámenes".

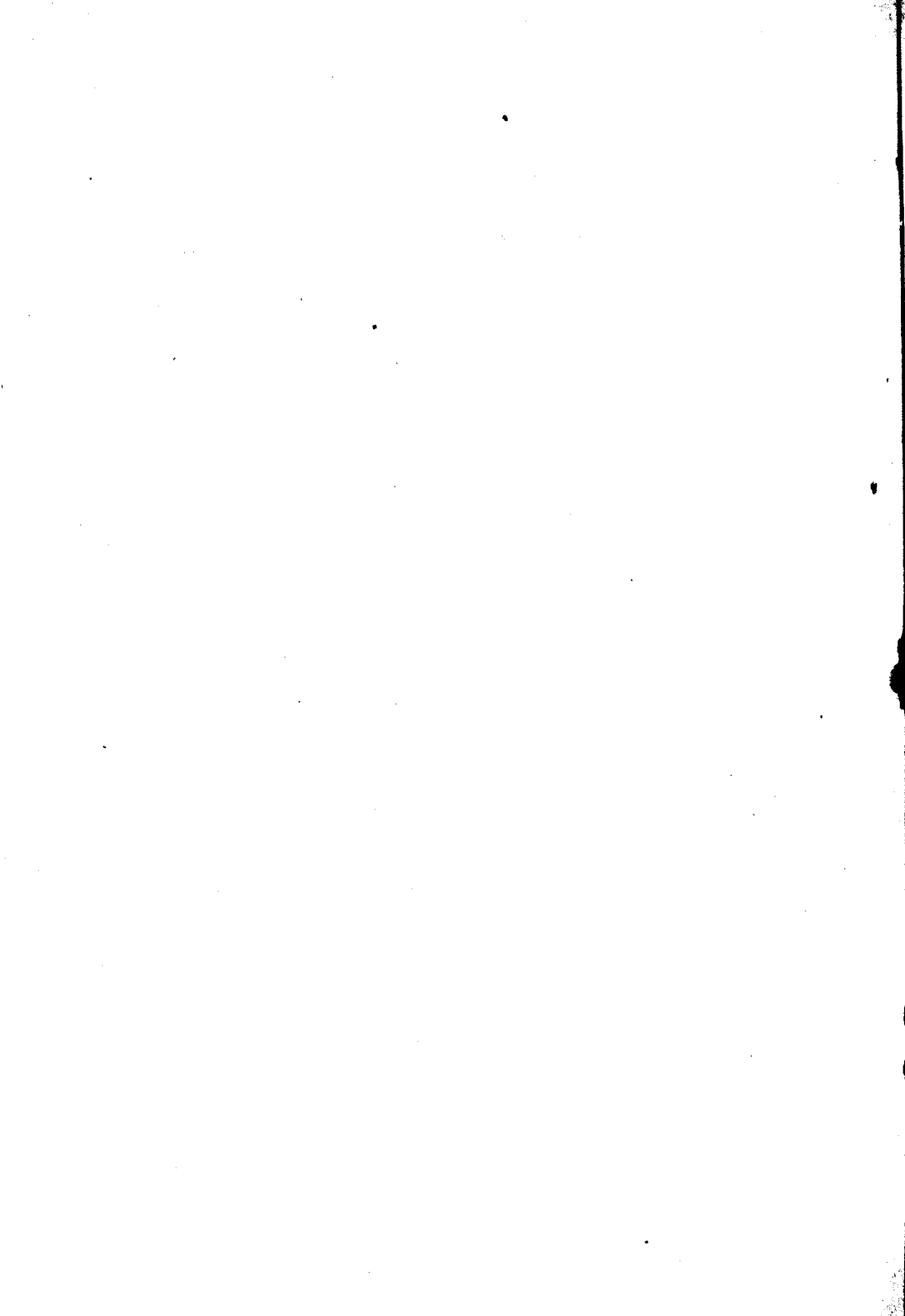
E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires Abril 20 de 1917.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta No. 3236 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Tratamiento de las sinequias posteriores.

Eduardo Obejero.

II

¿En sujetos que han tenido iritis específicas pueden producirse á la larga, lesiones específicas nerviosas, atofsa, parálisis general etc.?

Dr. Enrique B. Demaria

III

¿Cuál es la complicación más temible de las iritis crónicas.?

A. Noceti

