

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA
CENTRO AMERICA

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS
HERNIAS DEL IRIS

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POR

ARTURO CARRILLO

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

29 JUN. 1929

JUNIO DE 1929.

GUATEMALA, C. A.

TIPOGRAFIA SANCHEZ & DE GUISE

8ª Avenida Sur N° 24.

INTRODUCCION

Principio mi tesis haciendo una ligera descripción de la córnea, ya que hay que conocer la formación anatómica de una de las partes que intervienen de una manera importante, como causa de la afección que trataré. Después hablo del iris, algo de sus relaciones, sobre todo con la cámara anterior, del cristalino, y del humor acuoso que desempeña un oficio de primer orden en la producción de las hernias.

Etiología, patogenia, síntomas, pronóstico y complicaciones, los expongo con el detenimiento natural, y hago hincapié en la profilaxis y tratamiento.

Respecto a las observaciones, tuve la suerte de que se hayan presentado numerosos enfermos en el respectivo Servicio del Hospital General, pero no quise publicar todos los casos observados, por no cansar la atención del lector y únicamente escogí un caso de cada una de las formas en que se pueden producir las hernias y las manifestaciones clínicas que revisten, según el tiempo que tengan de evolución.

También suprimí aquellas observaciones, en que los enfermos ingresaron al hospital en condiciones en que su curación era imposible, por lo avanzado del proceso a consecuencia de la falta de tratamiento oportuno, creyendo suficientes las explicaciones consignadas al referirme al pronóstico.

Con el mismo fin me concreté a consignar en las observaciones únicamente aquello que se refiere a la lesión ocular, indicando someramente el tratamiento por ocuparme de él, con extensión, en el cuerpo de la tesis.

Anatomía de la Córnea.

La córnea (del latín corneus, córneo) está situada en el polo anterior del globo ocular y forma la porción transparente de la pared externa de éste; no es completamente circular, siendo más extendida en el sentido transversal; su radio de curvatura no sigue al de la esclerótica, siendo por lo regular más corto que el de ésta última, a la línea que limita a las dos membranas se le dá el nombre de limbo,

entrelazándose sus tejidos íntimamente. La córnea se compone de cinco capas que son de fuera a adentro: 1.^a la capa de las células epiteliales; 2.^a la membrana de Bowman; 3.^a la sustancia propia de la córnea; 4.^a la membrana de Descemet; y 5.^a una capa de endotelio.

El epitelio que cubre la cara anterior de la córnea pertenece al tipo estratificado; está formado superficialmente por células epiteliales aplanadas y escamosas, después por células poligonales y por último por células cilíndricas profundas. En realidad es una parte de la conjuntiva bulbar.

La membrana de Bowman, es una membrana homogénea, delgada que separa el epitelio corneano de la sustancia propia de la córnea. Aunque ha sido descrito como membrana aislada, forma realmente parte de la sustancia corneana y está compuesta de fibras finas, íntimamente unidas con las subyacentes.

La capa más espesa es la tercera, la sustancia propia de la córnea; está formada de tejido conectivo dispuesto en láminas, siendo sus planos paralelos a la superficie de la córnea, estas láminas están unidas estrechamente, cruzándose en ángulo recto. Las fibras que las forman, así como los fascículos están ligados por medio de un cemento transparente. La sustancia corneana está atravesada por un sistema de lagunas situadas en el cemento que separa las láminas y que envían prolongamientos en todas direcciones; éstos forman canales estrechos que ponen en comunicación las lagunas de los diferentes planos supra o subyacentes. Los espacios están ocupados en parte por células ramificadas (corpúsculos corneanos); sus prolongamientos se introducen en los canalículos y se anastomosan con los de las células vecinas. Las células no llenan completamente las lagunas, dando lugar para el paso de la linfa y sus corpúsculos. La sustancia propia de la córnea se continúa sin interrupción con la de la esclerótica.

La membrana de Descemet (lámina elástica posterior), es una capa delgada, resistente, muy elástica, sin estructura; está situada atrás de la sustancia propia de la córnea; en su periferia se continúa con las fibras elásticas que forman el ligamento pectíneo.

La membrana corneana tiene atrás un endotelio que la separa de la cámara anterior y que está formada por una capa de células hexagonales aplanadas.

La córnea no tiene vasos sanguíneos. Los vasos ciliares anteriores forman un anillo de capilares al rededor de la circunferencia de la córnea. Los canales linfáticos anteriormente descritos, son los que se encargan de su nutrición. En cambio está muy bien inervada por algunos ramos de los ciliares.

Al principio de la descripción indiqué lo que se llama limbo; al rededor de él, se encuentra frecuentemente un anillo opaco, blanquecino, a veces incompleto y recibe el nombre de arco senil, por presentarse en la edad avanzada y muy raras veces en los sujetos jóvenes. Es debido a un depósito de granulaciones grasosas.

Iris.

El iris forma la primera parte de la segunda membrana del ojo o membrana vascular (uvea o tractus uveal); es una membrana coloreada, de forma circular, situada por detrás de la córnea e inmediatamente adelante del cristalino; está perforada en su centro por una abertura de dimensiones variables, que se denomina pupila y sirve para regular la cantidad de rayos luminosos que penetran al interior del ojo y al mismo tiempo evitar la entrada de los rayos marginales, que aminoran la nitidez de la imagen retiniana. Su borde periférico se extiende del vértice del cuerpo ciliar al ligamento pectíneo. Su borde interno libre, que limita la pupila, está situado sobre la cápsula anterior del cristalino cuando la pupila está contraída o medianamente dilatada; quedando completamente suspendido en la cámara anterior cuando llega a su máximo de dilatación. El iris separa la cámara anterior de la cámara posterior del globo ocular. Su superficie anterior presenta una gran variedad de coloraciones según los sujetos y está surcada por líneas onduladas dirigidas radialmente que convergen hacia un círculo de elevaciones irregulares y de pequeñas depresiones (criptas) situadas cerca de la pupila; se pueden notar otras líneas más finas que se extienden de este anillo a la pupila. Este aspecto es debido a los vasos sanguíneos subyacentes.

El iris, desde el punto de vista de su estructura, está formado por un estroma de tejido conjuntivo, esponjoso y delicado, que contiene células pigmentadas y ramificadas, fibras musculares y cierta cantidad de vasos y nervios; está recubierto hacia delante por el endotelio y hacia atrás por

la membrana limitante posterior y las capas pigmentarias retinianas.

El color del iris depende en gran parte del pigmento de las células del estroma, que es muy variable, y en pequeña parte del color de las capas retinianas, que siempre es constante.

El tejido muscular o esfínter pupilar, está formado por una banda estrecha, de un milímetro de anchura, situada en el borde posterior de la pupila que rodea circularmente; recibe su inervación del tercer par. La membrana limitante posterior está formada de fibras que se extienden del cuerpo ciliar al borde de la pupila; algunos autores la consideran formada por fibras musculares lisas, cuyo papel es la dilatación activa de la pupila. Otros piensan que el verdadero factor de la dilatación activa de la pupila, es la contracción de las capas musculares espesas de las arterias, bajo la acción del simpático.

El iris en su superficie posterior está recubierto por dos capas de células pigmentarias que forman la capa uveal; ésta contornea ligeramente el borde libre formando franjas negras en el borde de la pupila.

Dos ramas de la oftálmica, que se llaman arterias ciliares largas posteriores, irrigan el iris, se dividen en una rama superior y otra inferior, anastomosándose con los vasos correspondientes del lado opuesto y con las ciliares anteriores, formando en su conjunto un anillo circular, situado exactamente en el borde adherente del iris, llamado gran círculo vascular del iris, que da ramas al cuerpo ciliar y al iris. Las ramas irianas convergen hacia la pupila, formando aquí por anastomosis un círculo vascular más pequeño, denominado pequeño círculo vascular del iris. La distribución venosa es completamente semejante a la arterial que acabamos de describir; comunica además con el canal de Schlemm y hacia atrás con la vena vorticosa.

Los nervios tienen su origen en el plexo situado en el cuerpo ciliar, vienen del tercer par, de la rama nasal del oftálmico y del simpático.

Membrana pupilar.—Se denomina así a una membrana delgada, transparente y delicada, que se presenta en el feto cubriendo la pupila. Esta membrana y sus vasos son gradualmente absorbidos en el curso del séptimo mes de la vida fetal; algunos residuos pueden subsistir, hasta el na-

cimiento y algunas veces una parte o toda la membrana persiste en el adulto, llamándose membrana pupilar persistente.

Cristalino.

Cristalino (del griego *kristallos*, cristal). De los medios transparentes del ojo es el más importante, tiene la forma de una lente biconvexa, situado hacia atrás del iris, forma un límite entre el humor acuoso y el cuerpo vítreo; aunque convexo en sus dos caras, esta convexidad no es igual en ambas, siendo más marcada en la cara posterior. Para que se mantenga en su lugar le sirve de sustentáculo una membrana elástica denominada zónula de Zinn, también se llama ligamento suspensor del cristalino.

Cámaras del ojo.

Todo el espacio comprendido entre la córnea y el cristalino recibe el nombre de cámaras del ojo. El iris está situado por delante del cristalino y divide las cámaras en dos compartimientos; uno anterior, el más grande, llamado cámara anterior y uno posterior pequeño denominado cámara posterior. Este límite no es completo, estando comunicadas ambas cámaras en el niño y en el adulto, por el espacio que deja la circunferencia menor del iris (pupila). Únicamente en el feto y raramente en algunos adultos existe una membrana que obstruye el orificio sin impedir la visión y que se llama membrana de Wachendorff, membrana pupilar o membrana pupilar persistente.

Estos espacios llamados cámaras anterior y posterior del ojo, están llenas de un líquido denominado humor acuoso, de una limpidez perfecta, con un peso específico muy cercano al del agua (1.005) y bajo una tensión de 15 a 20 mm. de mercurio. Quiero hacer notar esta tensión, pues es uno de los factores importantísimos en la producción de las hernias, ya que primero favorece el proceso en las úlceras perforantes y por último cuando se produce la ruptura de la córnea, su fuerte tensión expulsa el iris, llevando en algunas ocasiones el cristalino que se disloca o se prolapsa.

Para los fines que persigo al hacer la descripción anatómica, basta con los datos muy sucintos y esquemáticos que doy, haciéndolo más como un simple recuerdo, que como una enseñanza de anatomía.

Etiología.

Varias son las causas que pueden producir las hernias del iris; advertiremos únicamente que como condición *sine qua non*, ha de existir una ruptura de la córnea o conjuntiva bulbar para que pueda producirse la hernia.

1.^a—Las heridas penetrantes del ojo, contusas o producidas por instrumento punzante o cortante.

2.^a—Algunas ulceraciones de la córnea que terminan por la perforación, por ejemplo: la úlcera profunda y la úlcera serpigínea. Estas son las que más frecuentemente terminan por la perforación; pero, en términos generales, todas las ulceraciones pueden llegar a la perforación, sobre todo si son mal tratadas, con sustancias cáusticas que en lugar de favorecer la cicatrización ayudan al proceso ulcerativo.

3.^a—Las querato conjuntivitis, que por el proceso infeccioso llegan a producir una ulceración, que fácilmente termina en la perforación, si la infección es muy aguda, sobre todo la conjuntivitis purulenta de origen gonocócico.

4.^a—Las hernias producidas después de la operación de catarata.

Patogenia.

Hice notar al hablar del humor acuoso, la fuerte tensión bajo la cual se encuentra (15 a 20 milímetros de mercurio), pero me faltó decir que el globo ocular en sí presenta una dureza muy grande, que no es debida a que las membranas que la forman sean duras, sino a la tensión a que están sujetos el humor acuoso y el cuerpo vítreo. No quiero decir con esto, que las membranas que forman el globo ocular sean débiles; por el contrario, la córnea presenta una gran resistencia que se la da, sobre todo, la membrana de Descemet y que en la mayor parte de las ulceraciones de la córnea se opone a su perforación. La patogenia se comprende fácilmente con los datos apuntados, pues como consecuencia natural del adelgazamiento de la córnea, es menor la resistencia que se opone a la tensión del humor acuoso y cuando la córnea se ha debilitado por estar muy delgada, se produce la perforación y al salir por la brecha así abierta el humor acuoso, lleva consigo el iris y en algunas ocasiones, hasta produce la dislocación del cristalino. La salida del iris por la abertura puede alcanzar dimensiones dife-

rentes, según la longitud de la herida. Si únicamente se insinúa en la herida, se le dá el nombre de "pinchamiento del iris"; pero, si por el contrario sobresale de la superficie corneana, toma el nombre de "hernia del iris."

Síntomas.

Cuando se ha producido una hernia del iris, sea consecutiva a una herida penetrante, o a una ulceración de cualquier origen, a los síntomas existentes se suman los de la hernia, que son los siguientes: en el lugar de la ulceración se nota la presencia de un botón negruzco, de dimensiones variables, que sobresale en la superficie corneana. La coloración varía algunas veces; en las hernias pequeñas y recientes, siempre es negruzca. Si el iris queda fuertemente estirado, generalmente va cambiando su coloración, hasta adquirir un tinte gris, viéndose a través de esta coloración, el pigmento oscuro. La coloración no solo depende de las dimensiones sino también de la antigüedad. Así, en los casos de una hernia en que los bordes de la córnea o conjuntiva están invadidos por una infección, la parte saliente del iris, prontamente se cubre de una especie de casco, formado por una capa de exudados grisáceos. Después, de manera clara, se puede apreciar que la porción del iris que se encuentra afuera, se va convirtiendo en tejido de granulación y toma entonces un color rojizo grisáceo. Más tarde van apareciendo puntos francamente grises, claros, que ponen en evidencia la aparición del tejido de cicatrización. Si la hernia ha evolucionado en un medio favorable y no es demasiado voluminosa, se va achicando gradualmente, como consecuencia de la retracción del tejido cicatricial, llegando a formar únicamente una cicatriz que no sobrepasa la superficie corneana, pero a través de la cual, se ve al iris enclavado, por la coloración oscura que se transparenta fácilmente. La parte de iris que corresponde a la cámara anterior del ojo, también queda definitivamente adherida a esta cicatriz (leucoma adherente).

Pronóstico.

El pronóstico, depende de varios factores importantes, que son: 1.^o La atención inmediata de toda herida penetrante de la córnea, que haya tenido como consecuencia una hernia.—2.^o En los casos que la hernia se deba a una ulcera-

—12—
ción de la córnea, el tratamiento inmediato, para que si se produce la hernia sea lo más pequeña posible.—3.º En caso de ser consecutiva a un proceso infeccioso, se corre el grave peligro de la infección al interior del globo ocular y por ende, la aparición de una iritis o una panofthalmía. Ahora bien, éstos son los casos en que, de parte del médico tratante depende la benignidad de la afección; pero, por otro lado, hay ocasiones en que una hernia, que en un principio no hubiera tenido graves consecuencias, las tenga por negligencia del paciente. Por último están los casos, en los cuales desde el principio se impone el pronóstico grave; v. gr.: en las heridas penetrantes del ojo con hernia, pero en las cuales se ha vaciado más o menos el cuerpo vítreo; en los casos en que la infección ha avanzado tanto que se hace imposible su curación, cualquiera que sea el tratamiento empleado. En términos generales la hernia tratada a tiempo y que no sea de unas dimensiones demasiado grandes, lleva consigo un pronóstico benigno; y sólo los casos de hernias de grandes dimensiones, abandonadas por negligencia de los pacientes, o que presentan una infección muy aguda, son de un pronóstico bastante grave.

Complicaciones.

Comenzaré por las más frecuentes y que son aquellas en las que la hernia no sigue el curso satisfactorio espontáneo, sino, por el contrario, agrava más la situación del enfermo.

El aplanamiento de la córnea, debido a que, en una úlcera de la córnea un poco extensa, la retracción del tejido cicatricial es muy pronunciada y la córnea entera puede quedar aplanada. En la mayoría de estos casos se ha producido una hernia del iris, en un lugar o en otro. Puede suceder también, que la córnea se retraiga a consecuencia del proceso cicatricial, pero que esta retracción sea bastante marcada, constituyendo lo que se denomina *tisis de la córnea*.

En otros casos, en lugar de haber una retracción, se nota por el contrario, que la cicatriz que procede de la córnea destruida y del iris herniado, va aumentando de extensión y se abomba hacia afuera. Esta cicatriz formada en su mayoría por el iris herniado y en muy pequeña parte por la córnea, ha recibido el nombre de *estafiloma de la córnea*.

—13—
En lugar de la córnea, se encuentra una cicatriz opaca, abombada, de forma hemisférica, que se diferencia de manera precisa de la esclerótica, por la existencia de un borde que hace relieve sobre ella. Por transparencia se ve en la pared de este abombamiento la pigmentación del iris que da un tinte azulado. El abombamiento propiamente presenta una coloración gris apizarrada y en algunos puntos negruzca; su semejanza con un grano de uva, es lo que le ha dado el nombre de estafiloma. En la cicatriz se presentan algunos vasos gruesos que proceden de la conjuntiva. Fácilmente se comprende que a través de esta cicatriz, la visión es imposible. Cuando la cicatriz ocupa toda la córnea se denomina *estafiloma total de la córnea*. Cuando no ocupa más que una parte de la córnea, toma el nombre de *estafiloma parcial*. Esta forma no suele tener una configuración hemisférica, sino cónica (estafiloma cónico). Para comprender estas irregularidades, debe tenerse en cuenta que la pared del estafiloma es muy delgada en su principio. Poco a poco va adquiriendo esta pared mayor solidez y se forman densos haces cicatriciales, que la estrangulan más o menos, dando por resultado el cuadro del "estafiloma racemoso". En los estafilomas que datan de algún tiempo, la pared se engrosa y toma un color blanco con puntos oscuros.

En el estafiloma total, la cámara anterior ha desaparecido, porque la pared del estafiloma está constituida, no por la córnea que ha desaparecido casi en su totalidad, sino por el iris engrosado y transformado en tejido cicatricial; de tal modo que detrás de lo que parece la córnea, se encuentra en realidad la cámara posterior del ojo, el cristalino, etc. No sucede lo mismo con el estafiloma parcial, ya que la mayor parte de las veces no invade hasta el borde de la córnea, sino más que un punto. Así pues, el iris tenso y dirigido hacia el estafiloma, se transparenta a través de la porción corneana que no ha sido invadida por la opacidad. En estos casos practicando la iridectomía se puede detener el desarrollo ulterior del estafiloma.

Analizando el mecanismo de la producción del estafiloma, se nota que es una consecuencia lógica de la hernia del iris. Después de la perforación de la córnea, el iris es proyectado hacia adelante, arrastrado por el humor acuoso, agrandando considerablemente la pérdida de la sustancia corneal, y, aumentado de volumen se transforma en tejido cicatricial, junto con los restos periféricos de la córnea,

que han subsistido. Entre más grande es la perforación, tanto mayor es el estafiloma.

En el estafiloma la función visual está gravemente comprometida y es mucho que el enfermo pueda distinguir la claridad. Únicamente cuando el estafiloma es parcial se puede conservar una parte de la función visual, o se la puede obtener por medio de la iridectomía. Fuera del desfiguramiento que acarrea, puede producir inflamaciones oculares. Si los párpados son insuficientes para cubrirlo por ser muy voluminoso, la superficie del estafiloma se seca y generalmente acaba por ulcerarse. Todavía más: los estafilomas aumentan la presión endo-ocular, produciendo dolores glaucomatosos y si algún vestigio de la agudeza visual existía se va extinguiendo conforme se desarrolla una excavación glaucomatosa de la papila óptica. Por el mismo aumento de la presión, se nota que la pared del estafiloma se hace más prominente y también más delgada, llegando a romperse; entonces el estafiloma se aplana para no tardar en llenarse de nuevo, llegando por fin a aparecer una infección intraocular que termina con la atrofia del ojo. Hay algunos casos en que la esclerótica es invadida por el estafiloma, formando lo que se denomina *estafiloma intercalar o ciliar*.

Al producirse la ruptura intempestiva de la córnea y dar salida brusca al humor acuoso y al iris; se efectúa en el interior del ojo una descompresión que causa la ruptura de los vasos de la coroides o de la retina en los sujetos afectados de arterioesclerosis, produciendo hemorragias abundantísimas, que terminan por expulsar el contenido del globo ocular, llamadas *hemorragias intraoculares graves*. Esta complicación no es muy frecuente.

Parece que la ruptura de la córnea fuera el tratamiento que la naturaleza empleara en la úlcera, pues ejerce una influencia favorable en su curación. Puede también suceder que al abrirse la cavidad ocular, la infección se propague hacia las partes profundas y ocasione una *panoftalmia*. Este hecho es frecuente en la blenorragia grave y en la úlcera serpiginosa.

Tratamiento.

El tratamiento varía según el caso. 1.º Un sujeto que acabando de sufrir una herida penetrante del ojo se encuentre con una hernia del iris, de poco tiempo (una a dos horas a lo más), si la herida no ha sido sometida a contactos sépticos, se debe ensayar hacer la reducción.

Se procede así: Después de hacer una asepsia concienzuda de los párpados y conjuntiva, se instilará durante diez minutos una solución de clorhidrato de cocaína al 5% mezclado a unas gotas de solución de adrenalina al 1 p. 1000, con el objeto de producir la anestesia local. Obtenida ésta se empujará delicadamente el iris por medio de una espátula, a través de la herida corneana, con el objeto de reducir la parte saliente, instilando en seguida unas gotas de solución de pilocarpina al 1%. Se colocará un binóculo al enfermo, recomendándole reposar en su cama durante 24 horas. De esta manera se puede lograr la reducción del iris, si no está muy dilacerado y si la herida no es muy extensa.

2.º.—Si se presenta el enfermo algunas horas o varios días después del accidente, el iris ya habrá tomado algunas adherencias con los bordes de la córnea y lo más conveniente es anestesiar el ojo (cocaína adrenalina) y recortar con tijeras de iris la parte herniada; cauterizar con el gálvano-cauterio e instilar unas gotas de solución de atropina al 1%, si la herida es central, o colirio de eserina al 1% si la herida es periférica. En el primer caso con el objeto de que el iris se dilate y por lo consiguiente se destruyan las adherencias corneanas, y en el segundo caso, si la herida está situada en el limbo o en la conjuntiva, con el de que el iris se contraiga y también se destruyan las adherencias.

3.º.—Se presenta el enfermo con una hernia del iris, consecutiva a una herida antigua y por lo tanto el iris ha contraído tales adherencias que es imposible destruirlas rápidamente. En este caso lo que mejores resultados da, son las cauterizaciones con el gálvano-cauterio, para destruir el tejido proliferante; y al mismo tiempo la instilación de colirio de atropina o eserina, para distender o contraer la pupila y evitar, en lo posible, las adherencias anteriores (sinequias anteriores).

4.º.—Si este tratamiento médico no es suficiente, hay que recurrir a los medios quirúrgicos, operando así: Se

hace la anestesia local (cocaína adrenalina), después como en una iridectomía se opera con la pica, hasta hacer una herida de 5 a 8 mm. de longitud y con el sinequiótomo de La Personne se destruyen las adherencias anteriores, siguiendo la circunferencia del iris. Al terminar se coaptan los bordes de la herida y se instilan unas gotas de solución de atropina al 1% con el fin de dilatar la pupila y evitar que se repitan las adherencias.

5°.—Cuando la herida llega a alcanzar tales proporciones, que con el tratamiento médico no se logra su curación; lo mejor es hacer una sutura de la córnea o de la conjuntiva, según sea la región atacada con seda o hilo de lino. Hay ocasiones en que esto es imposible, entonces se recurre al recubrimiento conjuntival. El mejor procedimiento, es la autoplastia de la conjuntiva según el procedimiento de Kuhnt. Se desprende la conjuntiva bulbar del borde de la córnea, se corta en ella un colgajo de un solo pedículo o de pedículo doble y se cubre con este colgajo el fondo de la úlcera. Otras veces, después de haber despegado de su lecho la conjuntiva y de haberla desprendido del borde de la córnea, se le hace avanzar, a la manera de un delantal, por encima de la córnea y se la fija con puntos de sutura sobre la pérdida de sustancia que se encuentra lesionada.

6°.—En un estafiloma parcial, lo mejor es hacer una iridectomía con el objeto de disminuir la tensión intra-ocular y facilitar la visión. Iridectomía: a) Anestesia local (cocaína adrenalina); b) poner el blefarostato; c) con una pinza de fijación se toma la conjuntiva ocular, en un lado diametralmente opuesto, en el que se va a hacer la iridectomía, se introduce una pica en este sitio hasta obtener una herida de 5 a 8 mm.; d) con la pinza de iris, sacar éste por la herida y cortar lo necesario, según el objeto, con las tijeras de iris; e) coaptar los bordes de la herida y si alguna porción del iris se insinúa en la herida, reducirla con la espátula; f) vendar ambos ojos y recomendar al enfermo reposo absoluto durante 24 horas. A los dos días se descubre el ojo no operado; y a los siete se puede descubrir el otro.

7°.—En el estafiloma total el mejor tratamiento empleado en el Servicio de Oftalmología del Hospital por el Dr. Valdeavellano, dándole siempre inmejorables resultados es la extirpación total. Procede así: a) Anestesia intra-ocular con sol. de novocaína al 4% y algunas gotas de

sol. de adrenalina al 1%; b) ~~hace~~ la peritomía, es decir, corta la conjuntiva bulbar a unos 2 mm. por fuera del limbo, con la tijera curva; c) pone una sutura en bolsa con seda o hilo de lino, al rededor de la conjuntiva seccionada y que permanecerá para formar el futuro muñón; d) después como en la operación de catarata, atraviesa con el cuchillo de Graefe el globo ocular de fuera a adentro, en el diámetro transversal, a unos 3 mm. por detrás del limbo, con el objeto de pasar atrás del cristalino, dirige el filo del cuchillo hacia arriba y con movimiento de vaivén termina en un colgajo conjuntival superior, el resto del estafiloma lo secciona con las tijeras, siempre a 3 mm. del limbo; e) al terminar el corte, jala los cabos del hilo de la sutura en bolsa, que se había hecho, y cuando ha obtenido la coaptación completa de los bordes de la herida anuda los cabos, terminando la operación, sin perder, en la mayoría de los casos, casi nada del cuerpo vítreo, que por la posición del enfermo no se escapa. Este procedimiento tiene la ventaja de dejar un muñón redondo, con todos sus movimientos y donde se puede adaptar muy bien un ojo artificial. A este procedimiento se le han hecho algunas modificaciones que no proporcionan ninguna ventaja, por el contrario, únicamente alargan el tiempo de la operación sin rendir mejores resultados; pero, las explicaré para tenerlas en cuenta. Algunos cirujanos, hacen dos suturas en lugar de una; suturan primero la esclerótica con cat-gut fino y después la conjuntiva con seda. El objeto es darle mayor consistencia a los planos de la herida que formará la cicatriz; pero con el procedimiento que describí anteriormente, la tiene también. Otros, hacen un vaciamiento completo del ojo, por medio de una cucharilla, sacando el cuerpo vítreo y después hacen la misma sutura. Hay algunos que, en lugar del cuerpo vítreo, colocan una bolita de cristal o de oro perfectamente esterilizada, con el objeto de darle alma al futuro muñón. El objeto del vaciamiento es evitar en lo posible que la infección se propague; pero, también la bolita de vidrio, tiene el inconveniente de obrar como un cuerpo extraño que irrita el globo ocular. Hay otros procedimientos con avanzamiento muscular, que en realidad no tienen ninguna ventaja. Anteriormente se usaba mucho el procedimiento de Critchet, por lo que haré su descripción. Actualmente ya no se emplea, porque da una cicatriz longitudinal, que es poco práctica para la prótesis. La extirpación total

de Critchet, consiste en atravesar la base del estafiloma por varias agujas de sutura (generalmente cinco), de arriba abajo y provistas de sus hebras de seda; con un cuchillo de Graefe se atraviesa horizontalmente el estafiloma por delante de las agujas, seccionando el hemisferio superior del mismo; y se termina el corte del hemisferio inferior con las tijeras. Las agujas tienen por objeto oponerse a la salida del vítreo y se recomienda hacer la sutura con rapidez para lograr el mismo fin.

Como tratamiento general en las hernias del iris que se presentan en el Servicio del Hospital, se emplea la proteínoterapia. Cuando es con el objeto preventivo, se practican tres o cuatro inyecciones de 5 cc. a 10 cc. de leche desengrasada y esterilizada, cada dos días. En los casos de tratamiento curativo se hacen hasta diez inyecciones según lo exija el proceso y el estado del enfermo.

En los casos de inflamaciones agudas, la aplicación de antiflogísticos y el reposo ocular, mejora mucho el estado de los enfermos.

Profilaxis.

Sabiendo que las ulceraciones de la córnea pueden terminar en una hernia del iris con sus consecuencias, lo más natural es evitarlas en la mayoría de los casos. Un factor importantísimo es la fuerte tensión del globo ocular. Cuando la hernia se hace inminente es muy provechoso instilar unas gotas de solución de eserina al 1%, con el objeto de disminuir la tensión y que en caso de que se produzca la ruptura, al estar contraído el iris, no se forme la hernia. Si se produce, el médico debe concretarse al tratamiento ya indicado según sea el caso, evitando con mucho cuidado que no vaya a degenerar en un hipopión, que más tarde pueda transformarse en un estafiloma.

Suponiendo el caso que la hernia se produzca a consecuencia de una conjuntivitis purulenta, la intervención, a tiempo, del médico, tiene mucha importancia, pues instituyendo un tratamiento adecuado lo más probable es que logre la curación de la conjuntivitis y evite la formación de una úlcera. Es lastimoso ver que la mayoría de niños recién nacidos que quedan ciegos, deban su infortunio a una oftalmía purulenta, que si hubiese sido tratada prontamente no habría tenido tan penoso fin y sobre todo, si se hubieran tomado las precauciones profilácticas

para evitar la infección gonocócica, que en la mayoría de los casos es la causa de dicha afección. Para esta profilaxis es bien conocida la instilación de unas gotas de solución de nitrato de plata al 1% en ambos ojos del recién nacido, neutralizándola después con unas gotas de solución salina. También se puede emplear el argirol al 10%, siendo su acción un poco más débil, pero suficiente en la generalidad de los casos.

Respecto al tratamiento de la oftalmía purulenta, que tiene una evolución tan rápida y sobre todo de graves consecuencias, me parece lo mejor, primeramente, si solo un ojo es el afectado, cubrir el otro para evitar el contagio, con un vidrio de reloj sostenido por medio de una tela adhesiva y tratar el ojo enfermo, si es posible, con paños constantes de soluciones de suero fisiológico o soluciones boratadas al 4%, con el objeto de mantener un desagüe constante por capilaridad, que limpie la conjuntiva y fondos de saco conjuntivales, del pus que constantemente se va formando, fuera de los lavados que varias veces se deben hacer con el mismo objeto. Instilar dos veces al día unas gotas de colirio de nitrato de plata al 1% neutralizándolo en seguida con una solución salina.

Otra de las causas que producen la perforación de la córnea, cuando está ulcerada, es la administración de tópicos irritantes y cáusticos, como polvos de calomel. Por lo mismo es conveniente proscribirlos en general, para evitar que su acción necrosante, dé como resultado la perforación, sustituyéndolos por la pomada oftálmica de calomel.

Cuando existen ulceraciones que amenazan la ruptura, dan magníficos resultados las cauterizaciones con el gálvano-cauterio que con la formación de la escara y la retracción de los tejidos le dan mayor consistencia a la membrana.

Otra de las ocasiones en que se presenta la hernia del iris, es en la operación de catarata, lo cual debe tener presente el operador. En el primer tiempo de la operación, si la tensión del líquido es muy grande y a veces sin serlo, suele salirse el iris y cuando el operador quiere hacer su reducción, vuelve a salirse. En este caso, el mejor recurso es la iridectomía (operación combinada), y continuar la operación. Hay veces en que a pesar de la iridectomía los bordes de la porción seccionada se insinúan; entonces conviene, al terminar la operación, entreabrir la

herida y con una espátula reducir la parte herniada; si esto fuera insuficiente es mejor recurrir a la sutura de la herida. No sólo en el momento de la operación suele presentarse la hernia, también en los días subsiguientes. Si el enfermo hace un esfuerzo o por cualquier otra circunstancia, el iris se prolapsa o simplemente se insinúa, apareciendo una lista negruzca en el borde de la herida; se anestesia el ojo y se cauteriza la parte herniada con el gálvano-cauterio. Un medio de evitar las hernias en los casos de operación de catarata es la instilación de unas gotas de colirio de eserina al 1% al terminar la operación. Las consecuencias graves que trae la hernia en este caso, son: la infección de los medios internos del ojo y las adherencias del iris a la córnea con deformación, que puede degenerar en un glaucoma.

Entre las medidas profilácticas que considero de primer orden, está la divulgación científica que haga comprender al público que las afecciones oculares por sencillas que parezcan, deben ser consultadas con un especialista, para evitar complicaciones graves.

Observación número 1.

F. L. de 16 años de edad, originaria y vecina de Cui-lapa, ingresa al Servicio Oftalmológico el 16 de Febrero de 1928.

Antecedentes personales.—Paludismo, blenorragia crónica desde un año.

Refiere la enferma, que “derrepente” le comenzó a arder el ojo derecho y a llorarle abundantemente, causándole molestia ver la luz. Al día siguiente, le comenzó a salir abundante cantidad de pus amarillo-verdoso. Conforme fueron pasando los días perdió la vista, hasta uno de tantos en que le “reventó” el ojo. Con remedios que se hizo, al fin le desapareció el pus y cuando se le estaba cicatrizando el ojo, se le comenzó a abultar. En este estado ingresa nuestra enferma al Servicio.

Examen del ojo: párpados normales. En el lugar que le corresponde a la córnea se encuentra un abultamiento globuloso, de apariencia cicatricial, opaco, bien separado de la conjuntiva bulbar, pues termina a pico donde ésta comienza. Por transparencia se puede observar un tinte azulado. La coloración del abombamiento es gris con

puntos oscuros. No hay absolutamente nada de visión. El examen de fondo de ojo es imposible hacerlo.

Diagnóstico.—Por los datos obtenidos por la enferma, parece que al principio hubo una conjuntivitis, probablemente de origen gonocócico, que trajo la destrucción casi completa de la córnea, con prolapsos del iris, que se adhirió, para formar más tarde una cicatriz, terminando en un estafiloma total de la córnea.

Pronóstico.—Grave, pues es imposible conservar el ojo y la visión está completamente perdida.

Tratamiento.—Empleamos el tratamiento quirúrgico que describo al tratar el estafiloma.

Terminación.—Sale curada el 24 de Abril de 1928.

Observación Número 2.

S. G., de 38 años de edad, originario y vecino de Alta Verapaz, agricultor, ingresa al Servicio Oftalmológico, el 4 de Abril de 1928.

Historia.—Refiere el enfermo, que trabajando en el campo, le entró bruscamente en el ojo derecho un puño de tierra; se lavó el ojo inmediatamente, pero sintió que veía muy turbio y que el ojo le lloraba mucho.

Examen del enfermo.—Todos los Aparatos y sistemas, normales.

Antecedentes hereditarios, colaterales y personales.—Sin importancia para esta observación. En el ojo derecho observamos en la parte inferior de la córnea, la presencia de una cicatriz con lengüetas oscuras que parecen pertenecer al iris. La visión persiste algo turbia. Instilándole atropina para hacerle un examen de fondo de ojo, notamos que la pupila no se distiende uniformemente, a consecuencia de las adherencias que presenta con la córnea. Examen de fondo de ojo: no se pudo hacer, ojo izquierdo normal.

Diagnóstico.—Leucoma adherente del ojo derecho, a consecuencia de herida penetrante de la córnea y hernia del iris concomitante.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—Desprendimiento del iris de la cara posterior de la córnea. Colirio de atropina y cauterizaciones de la herida corneana.

Terminación.—Sale curado el 25 de Abril de 1928.

Observación Número 3.

R. P., de 15 años de edad, soltera, estudiante, originaria y vecina de Guatemala, ingresa al Servicio de Oftalmología el 17 de Marzo de 1928.

Historia.—Refiere la enferma que, hace tres meses nació un hermanito de ella, el cual a los tres días de nacido, comenzó a padecer de los ojos, supurándole abundantemente a tal punto que casi no los podía abrir. A los pocos días de ésto, nuestra enferma comenzó también a sentir molestias en el ojo derecho, con fuerte lagrimeo, no podía ver la luz (fotofobia), el ojo se le hinchaba, cada día se le ponía más colorado, le dolía mucho, terminando por establecerse una abundante supuración de color amarillento, permaneciendo así hasta su ingreso al Hospital.

Examen del ojo derecho.—Pestañas, cejas, y párpados: normales. Fondos de saco conjuntivales, ligeramente inflamados. Córnea: se encuentra en la parte inferior una úlcera de forma irregular, de bordes no excavados, en el centro de la cual, se observa un botón carnosos, proliferante ligeramente rojizo, que probablemente sea una parte del iris incluida en la úlcera. La visión es correcta, aunque la enferma dice que ve algo nublado. En el ojo izquierdo no encontramos nada anormal.

Examen general.—Ninguna cosa digna de anotarse.

Diagnóstico.—Conjuntivitis purulenta, probablemente de origen gonocócico, con ulceración de la córnea y hernia del iris consecutiva.

Tratamiento.—Compresas calientes de soluciones boratadas al 4 %; Proteinoterapia durante el período de conjuntivitis (5 c. c. de leche desengrasada y esterilizada alterna) Pomada al óxido amarillo de mercurio. Cauterizaciones e irradiaciones con el gálvano-cauterio.

Pronóstico.—Grave por el peligro de infección al ojo del lado opuesto y propagación a los medios internos del ojo, acarreado una panoftalmía.

Terminación.—Curada completamente sale el 5 de Julio de 1928.

Observación Número 4.

J. T., de 50 años de edad, originario y vecino de Guatemala, albañil, ingresa al Servicio de Oftalmología el 9 de Enero de 1929.

Historia.—Refiere el enfermo que, partiendo un ladrillo le saltó con mucha fuerza un pedazo del mismo al ojo derecho, causándole mucho dolor y lloradera que no le permitían abrirlo; se hizo varios remedios caseros, sin lograr ninguna mejoría, por el contrario, cada día se ponía peor.

Examen del ojo enfermo.—Párpados edematizados, conjuntiva y sobre todo fondos de saco conjuntivales, inflamados. Córnea; en su parte media se nota la presencia de una saliente sobre la superficie corneana, de coloración agrisada con puntos oscuros, los bordes de la córnea, que se encuentran al rededor están inflamados. En la parte inferior de la córnea, se observa una media luna, de borde inferior convexo, de color blanco amarillento. La pupila es irregular, y aunque reacciona a la luz, se nota que ha perdido gran parte de su movimiento. El enfermo acusa que, con el ojo enfermo no ve nada más que un poco de claridad.

El examen de fondo de ojo no se pudo hacer.

Diagnóstico.—Por los antecedentes parece que hubo al principio una herida penetrante de la córnea, causada por la partícula de ladrillo que le saltó al ojo; consecutivamente una hernia del iris que se encuentra en un período de cicatrización y recubierta de exudados, por falta de limpieza. Hay también *hipopión*.

Tratamiento.—El tratamiento que empleamos con resultados excelentes, fué: las cauterizaciones, los lienzos y las instilaciones de solución de atropina.

Terminación.—Sale el enfermo a los dos meses de tratamiento, con la visión adquirida, la úlcera curada, la hernia reducida y quedándole solamente unas adherencias del iris a la córnea, por haber solicitado él mismo su baja y no esperar su completa curación.

Observación Número 5.

A. E., de 45 años, originario de Santa Rosa, vecino de Jutiapa, agricultor, ingresa al Servicio de Oftalmología el 23 de Diciembre de 1928.

Historia.—Refiere el enfermo que iba caminando cuando se levantó fuerte polvareda que le cegó los ojos. Como ésto le causara mucha molestia, comezón y lagrimeo, se los restregó para ver si le pasaba. Al día siguiente amaneció con los ojos muy inflamados y dolorosos, se hizo unos remedios y no logrando alivio fué a ver a un "curandero" del lugar, quien le dijo que tenía el ojo herido e inflamado y que se "echara" polvos de calomel. Con ésto no sintió ningún alivio, al contrario, a los pocos días se le reventaba el ojo, saliéndole mucha agua y perdiendo completamente la vista, al mismo tiempo que le comenzaba a salir "materia" del ojo. A los pocos días sintió fuerte escalofrío, dolor de cabeza, malestar general, falta de apetito y un poco de calentura, al mismo tiempo le aumentó el dolor del ojo y se le inflamó muchísimo por lo que decide ingresar al Hospital.

Examen del ojo enfermo.—Párpados: enrojecidos e hinchados. Congestión intensa de la conjuntiva, demostrando que también hay un proceso inflamatorio en el cuerpo ciliar. Edemas de la conjuntiva bulbar (quémosis). Córnea: amarillenta, opaca, como si a través de ella no hubiera un líquido límpido. Tensión del ojo aumentada. La visión falta completamente en el ojo afectado. El examen de fondo de ojo es imposible.

Diagnóstico.—Por los datos anteriormente apuntados, pensamos: que al principio hubo una ulceración de la córnea por la irritación de la tierra y por los frotos que se hizo con la mano, para aliviar el dolor. Más tarde esta ulceración llegó a la perforación por el empleo de los polvos de calomel, que no debieron haberse empleado, produciéndose una hernia del iris del ojo derecho, como era natural. Y por último, con todas las manipulaciones a que fué sometido el ojo, se vino una infección que se propagó a los medios internos del ojo, provocando una panoftalmía, afección con la que ingresó al Servicio.

Pronóstico.—Grave, por estar la visión completamente perdida.

Tratamiento.—Primero se le pusieron lienzos calientes y húmedos para aliviar el dolor; después, incisión de la esclerótica para dar salida al pus. Se cauterizó el lugar en que parecía que se había efectuado la perforación y se encontró que el iris estaba adherido a la córnea en este sitio. Cuando pasó el período inflamatorio agudo, se procedió a hacer la enucleación del ojo, pues estaba perdido y constituía un peligro para el otro. Al mes en que el muñón estaba completamente retraído, se le puso un ojo artificial.

Terminación.—El enfermo sale completamente curado el 13 de Marzo de 1929.

Observación Número 6.

D. A., de 25 años de edad, originario y vecino de Chi-quimulilla, jornalero, ingresa al Servicio de Oftalmología el 26 de Diciembre de 1928.

Refiere el enfermo que estaba trabajando cuando sintió que en el ojo izquierdo le entraba con fuerza "alguna cosa," que le produjo mucho dolor, y que no le permitía abrir el ojo.

En el examen del enfermo encontramos: Párpados, normales; la conjuntiva congestionada. En la parte superior de la córnea una pequeña herida, con los bordes inflamados y en la herida un botón negruzco, probablemente el iris. Además en el fondo del saco conjuntival superior encontramos un fragmento de madera. Visión difusa. Fondo de ojo: No se pudo examinar.

Diagnóstico.—Herida contusa penetrante del ojo y hernia del iris.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—Cauterizaciones con el gálvano cauterio en la hernia. Colirio de atropina al 1%. Lenzos con soluciones boratadas al 4%.

Terminación.—Con el tratamiento anterior se logró que la hernia se redujera y que la herida corneana cicatrizara. Saliendo el enfermo completamente curado el 8 de abril de 1929.

— 20 —

Observación Número 7.

R. C., de 18 años de edad, originario y vecino de Santa Lucía, Cotz., jornalero, ingresa al Servicio de Oftalmología el 4 de Enero de 1929.

Refiere el enfermo, que hace varios días, se golpeó el ojo izquierdo con un cincho, no pudiendo ver después del accidente.

Examen del enfermo.—Encontramos los párpados inflamados, la conjuntiva roja, congestionada. En el borde inferior de la córnea hay una herida contusa, penetrante, de 4 mm. de longitud, con los bordes ligeramente inflamados, presentando una lista negra, delgada, entre los bordes. La pupila está deformada, como pera, con la extremidad dirigida hacia abajo. Fondo de ojo, no se examinó. Ojo derecho: no presenta nada de anormal.

Diagnóstico.—Herida contusa, penetrante de la córnea y pinchamiento del iris.

Pronóstico.—Benigno.

Tratamiento.—Cauterización con gálvano-cauterio, y colirio de atropina. Lienzos con suero-fisiológico.

Terminación.—Sale completamente curado, el 18 de abril de 1929.

Observación Número 8.

E. G., de veinte años de edad, originario y vecino de Guatemala, carpintero, ingresa al Servicio de Oftalmología el 5 de marzo de 1929.

Refiere el enfermo, que trabajando en un torno le saltó una astilla de madera al ojo izquierdo, lastimándose. En el momento del golpe le salió un poco de agua y el ojo se le puso colorado, siéndole imposible abrirlo por el dolor que sentía.

Examinando el ojo enfermo encontramos: párpados normales. En el borde súpero-externo de la córnea una herida de 5 mm. de longitud, que interesó todo el tejido corneano. Presenta en sus bordes un botón negruzco. La tensión del ojo está disminuida, lo que nos indica la salida del líquido de la cámara anterior del ojo. Hay enrojecimiento de la conjuntiva, lagrimeo, fotofobia y dolor constante. La pupila es asimétrica. El fondo del ojo no se examinó. La visión no es clara.

— 27 —

Diagnóstico.—Herida penetrante de la córnea con hernia del iris.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—Recorte de la parte prolapsada, reducción de la parte restante, sutura de la herida y colirio de eserina.

Terminación.—El enfermo sale completamente curado el 27 de abril de 1929.

Observación Número 9.

F. C., originario y vecino de Guazacapán, de 25 años de edad, agricultor, ingresa al Servicio de Ojos el 23 de febrero de 1929.

Refiere el enfermo que hace un mes, trabajando en un cerco, se soltó un alambre espigado, que le golpeó el ojo izquierdo, del que le salió un poco de agua, sin poder ver nada después del accidente. Más tarde se le inflamó mucho, no pudiendo abrir los párpados, por el dolor que sentía y la luz que le molestaba. En estas condiciones ingresa al Servicio.

Examen del ojo enfermo.—Hay conjuntivitis, probablemente por irritación. En la córnea, en su parte externa, se nota la presencia de un botón carnososo como de tres mm. de longitud y dos de ancho, implantado sobre una herida, que no pone en comunicación la cámara anterior del ojo con el medio ambiente, por obstruir la abertura el botón. Examinando el ojo con luz oblicua, se puede comprobar que el botón está formado por el iris que se ha herniado a través de la herida de la córnea. La pupila es de forma irregular, alargada en el sentido transversal. La visión está muy disminuida. El fondo del ojo no fué examinado.

Diagnóstico.—Herida penetrante de la córnea producida por instrumento punzante (las espigas del alambre) y hernia del iris consecutiva, en el período de botonamiento.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—Aquí lo primero que empleamos fué, las cauterizaciones con el gálvano-cauterio, para destruir el tejido proliferante, e impedir que se formara el tejido de cicatriz y las adherencias con la córnea. Instilaciones de atropina para distender el iris y desprenderlo de la cara posterior de la córnea. Lienzos de suero fisiológico y solución de bórax al 4% para curar la conjuntivitis. Las cau-

terizaciones se repiten cuando ha vuelto a proliferar el iris herniado. (Por término medio cada veinte días o un mes).

Terminación.—El enfermo sale completamente curado el 4 de Junio de 1929.

Observación Número 10.

X. X., de treinta y cinco años de edad, agricultor, se presenta a la clínica del Dr. Valdeavellano en Enero de 1928.

Refiere el enfermo que, se le vino encima un "garabato" que le servía de colgadizo, cayéndole sobre el ojo y produciéndole una herida que le causó la impresión que se le salía el ojo. Inmediatamente se puso en camino para Guatemala.

Examen del ojo enfermo.—Párpados normales. Conjuntiva ligeramente inflamada. En la parte inferior de la córnea hay una herida de 7 mm. de largo, encontrándose entre sus bordes un botón negruzco, formado por el iris que se ha herniado. Pupila en forma de pera. Tensión del ojo disminuida. Examen de fondo de ojo imposible hacerlo.

Diagnóstico.—Herida contusa penetrante de la córnea, y hernia del iris consecutiva.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—Inmediatamente se procede a la anestesia del ojo, por medio de instilaciones de solución de cocaína al 5% y algunas gotas de solución de adrenalina al 1 p. 1000, durante diez minutos, después se hace la iridectomía de urgencia. Al día siguiente se hace un recubrimiento conjuntival, en la forma que expliqué al hablar del tratamiento de las hernias en general, cubriendo con el colgajo, casi más de la mitad de la córnea y fijándolo con puntos de sutura. Para evitar la infección se le pusieron cuatro inyecciones, de 5 c. c. de leche cada dos días. A los dos meses y medio de tratamiento estaba completamente restablecido y con la visión normal.

ART. CARRILLO.

Las observaciones anteriores son auténticas,

ANT. VALDEAVELLANO,

Jefe del Servicio Oftalmológico
del Hospital General.

CONCLUSIONES

- 1.^a—La hernia del iris es una afección que se presenta muy frecuentemente en los trabajadores y en su mayoría es producida por heridas penetrantes del ojo.
- 2.^a—Es también muy frecuente como consecuencia de las oftalmías purulentas de los recién nacidos, y siempre es de un pronóstico grave.
- 3.^a—Una hernia del iris tratada a tiempo generalmente no es grave, salvo que la lesión sea muy grande o la infección muy aguda.
- 4.^a—El mejor tratamiento empleado en el Servicio ha sido: Las cauterizaciones con el gálvano-cauterio, con buenos resultados y la instilación de colirio de atropina, si la hernia es central; y de colirio de eserina si es marginal, y
- 5.^a—En los casos de infección aguda, muy congestionados, es necesaria, la aplicación de antiflogísticos, con el objeto de disminuir el período congestivo y proceder después al tratamiento adecuado.

ART. CARRILLO.

Vº Bº

ANT. VALDEAVELLANO.

Imprímase,

JUAN J. ORTEGA.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i>	Del Iris.
<i>Anatomía Patológica</i>	De la Difteria.
<i>Botánica Médica</i>	Haba del Calavar.
<i>Bacteriología</i>	Diplobacilo de Morax.
<i>Clínica Quirúrgica</i>	Examen de fondo de ojo.
<i>Clínica Médica</i>	Exploración del hígado.
<i>Fisiología</i>	Del hígado.
<i>Farmacología</i>	Colirios.
<i>Física Médica</i>	Oftalmoscopio.
<i>Ginecología</i>	Kraurosis de la vulva.
<i>Higiene</i>	Ocular del recién nacido.
<i>Histología</i>	Del Iris.
<i>Medicina Legal</i>	Identificación de los pelos.
<i>Medicina Operatoria</i>	Resección del codo.
<i>Obstetricia</i>	Distocia por causas vaginales.
<i>Patología General</i>	Hétero y auto infecciones.
<i>Patología Externa</i>	Glaucoma.
<i>Patología Interna</i>	Asma.
<i>Química Médica Inorgánica</i>	Oxido amarillo de mercurio.
<i>Química Médica Orgánica</i>	Ictiol.
<i>Terapéutica</i>	Atropina.
<i>Toxicología</i>	Intoxicación por la Belladona.
<i>Zoología Médica</i>	Esquitosoma hematobia.