

Resultados del examen gonioscópico de los enfermos de lepra (*)

ALBERTO URRETS ZAVALÍA (hijo)
Córdoba, Argentina.

En 1928, A. Trantas descubrió en un leproso, mediante el examen gonioscópico, la existencia de gránulos blanquecinos prominentes en la raíz del iris, cerca del ángulo de la cámara anterior; pensó que debía tratarse de pequeños lepromas, pero no se atrevió a afirmarlo categóricamente. Varios años después, M. A. Trantas & N. G. Trantas observaron en tres leprosos, que padecían de una queratitis parenquimatosa superficial, el mismo aspecto. Busacca, en su excelente monografía, dice haber advertido la presencia de goniosinequias por coalescencia en ojos afectados de iridociclitis leprótica.

Tales son las referencias que hemos hallado en la bibliografía en lo que respecta al tema que nos ocupa. No sabemos, sin embargo, que se haya efectuado hasta el presente un estudio gonioscópico sistemático de los enfermos de lepra.

La idea de que por este procedimiento pudieran discernirse en dichos enfermos alteraciones oculares precoces, no demostrables por los métodos ordinarios de examen, o aspectos no conocidos de las uveítis anteriores que frecuentemente los afligen, nos ha llevado a estudiar sistemáticamente en ellos el seno irido-corneal.

Técnica y material utilizados. — Nos hemos valido siempre del contacto de Golmann para gonioscopia, porque creemos que ninguno de los otros descriptos ofrece tantas ventajas como él. Dóciles a la sugestión de Adrogué & Wolf de que es menester uniformizar las denominaciones empleadas para designar los distintos caracteres, normales y patológicos, del ángulo de la cámara anterior, no hemos dudado de atenernos a la que propuso Busacca, que nos parece inobjetable.

Atentos a lo resuelto por la Comisión de Clasificación de La Segunda Conferencia Panamericana de la Lepra, dividimos a los 29 pacientes en que efectuamos nuestras investigaciones — y que matosa.

(*) Trabajo efectuado en el Dispensario Dermatológico de Córdoba (Patronato de Leprosos de la R. Argentina), que dirige el Dr. Luis Argüello Pitt.

estaban libres, por otra parte, de cualquier afección ocular no debida a la lepra misma — en 3 grupos, según que correspondieran a la forma clínica tuberculoide, a la incharacterística o a la lepro-

RESULTADOS.

Grupo 1 Forma Clínica: T. — Las aseveraciones de Mendonça de Barros, Graue y Soto, de que en esta forma clínica, benigna, no se observan complicaciones oculares, y nuestra propia experiencia, que se reduce al estudio de 258 enfermos de lepra, nos hicieron prever que el resultado del examen seria negativo. En efecto, no comprobamos en ninguno de los 10 pacientes que constituyen este grupo (1. L. P, N.º 136; 2. L. B., N.º 68; 3. A. J., N.º 180; 4. A. J. A., N.º 228; 5. B. P., N.º 193; 6. B. R., N.º 133; 7. B. H., N.º 150; 8. B. A., N.º 30; 9. B. F., N.º 229 y 10. M. E., N.º 113), 5 de los cuales pasaban por un período de reacción, alteraciones del seno irido-corneal.

Grupo 2. Forma Clínica: I — Mendonca de Barros afirma que la presencia de lesiones oculares en los pacientes que corresponder a esta forma clínica es señal de malignidad, aún en los casos en que el examen general no es todavía concluyente. Soto, asimismo, sostiene que la observación de complicaciones oculares en tales pacientes es prueba de la evolución de la enfermedad hacia la forma lepromatosa. Creemos, igualmente, que en la forma incharacterística no existen manifestaciones oculares, y que cuando puede demostrárselas es porque se trata entonces de casos que corresponden ya no a la forma incharacterística, sino a la forma polar maligna. En todos los pacientes examinados hasta la fecha que se hallaban en ese caso, el examen clínico, bacteriológico e histológico y la intradermo reacción a la lepromina establecieron que la enfermedad había dejado la forma incharacterística y había adoptado la forma lepromatosa. Por el contrario, en muchas oportunidades el examen general demostró que el viraje se había producido, sin que pudieran descubrirse implicaciones oculares.

De los 4 pacientes que constituyen este grupo, 2 (P. A., N.º 220, y A. R. B., N.º 263) no presentaban alteraciones oculares; 2 (M. J., N.º 12, y J. A., N.º 102), por el contrario, las tenían, aunque solamente en el sentido de la existencia de filetes nerviosos comeales de aspecto moniliforme y de una fina y tenue infiltración querática profunda, pulverulenta; estos 2 últimos no pertenecen en realidad a este grupo sino al siguiente, y su inclusión en este lugar se debe al hecho de ser en ellos muy recientes los caracteres de malignidad. En ninguno de los 4, sin embargo, pudimos comprobar anormalidad alguna del ángulo de lá cámara anterior.

Grupo 3. Forma Clínica: L. — Para Mendonça de Barros sólo el 65.3% de los pacientes portadores de esta forma clínica presentan manifestaciones oculares; para Sato, ello sucede en el 76% de los casos; para nosotros la cifra es aún más elevada, 87%, si hemos de considerar implicación ocular de la enfermedad — como no, puede menos de hacerse — la presencia de un solo filete nervioso querático de aspecto arrosariado, comprobación a veces posible solamente después de un examen biomicroscópico de muchos minutos de duración; hemos deducido esa cifra del examen minucioso de 169 enfermos, lepromatosos tanto clínica e histológica, como inmunobiológicamente.

Creemos, com el autor primero citado, que ningún ojo leprótico presenta alteraciones de la úvea o de la esclera sin tener la córnea afecta, o sea que las lesiones de la córnea son las primeras y más constantes manifestaciones de la lepra ocular; nunca hemos observado ojos, como los cuatro a que Soto hace referencia, portadores de lesiones indianas o ciliares sin lesiones corneales concomitantes.

Hemos ordenado los 15 casos que corresponder a este grupo en base a la gravedad progresiva del ataque ocular discernible con el biomicroscopio y la lámpara de hendidura.

I. P. T., N° 243. Argentino, de 31 años de edad y 4 de enfermedad. Nunca ha tenido molestias oculares. Estado correspondiente al 14-1-48:

Ojo Externo. AO : Alopecia ligera del borde palpebral inferior; en la córnea, filetes nerviosos arrosariados, profundos, finos, muy escasos a derecha y muy abundantes a izquierda.

Tensión, Motilidad y Fondo Oculares: AO: Normales.

Refracción y Agudeza Visual. AO: 90°-0.25-3.D,V=2/3 con corrección.

Gonioscopia. AO : Seno irido-coroneal estrictamente normal.

2.P.F., N° 223. Argentino, de 38 años de edad y 4 de enfermedad. Nunca ha tenido molestias oculares. Estado correspondiente al 19-1-47:

Ojo Externo, AO : Fina infiltración superficial de la córnea, tenue, pulverulenta, dispuesta en forma de una estrecha banda circular situada por dentro del limbo; filetes nerviosos de aspecto arrosariado, abundantes hacia abajo y más a la derecha que a la izquierda.

Tensión, Motilidad y Fondo Oculares. AO : Normales.

Agudeza Visual. AO = 1 sin corrección.

Gonioscopia AO : Seno irido-corneal estrictamente normal.

3. De S. J., I. D. Argentino, de 25 años de edad y 2 de enfermedad. Se queja de tener ardor y lagrimeo en ambos ojos. Estado correspondiente al 6-X-47.

Ojo Externo. AO : Ligera alopecia de la cola de las cejas. Numerosos nódulos cutáneos en la región superciliar. Hiperhemia ligera de la conjuntiva bulbar. Infiltración corneal superficial, pulverulenta, más conspicua en el sector sópero-externo, en donde se condensa en algunos puntos blancos subepiteliales. OD : Hacia arriba, se observan en la córnea algunos finos filetes nerviosos de aspecto moniliforme. OI : Pterigión interno, pequeño.

Tensión, Motilidad y Fondo Oculares. AO : Normales.
Agudeza Visual. AO =1 sin corrección.
Gonioscopia. AO: Seno crido-corneal estrictamente normal.

4.B.M., L. N. S. Argentina, de 24 atos de edad y 4 de enfermedad.. Cefaleas.
Estado correspondiente al 9-171-47:

Ojo Externo. AO: En la córnea se ven filetes nerviosos arrosariados en, regular cantidad y, en el cuadrante súpereo-externo, muy teime queratitis punctata superficial.

Tensión, Motilidad y Fondo Oculares. AO : Normales.
Refracción y Agudeza Visual. AO : 90° 0.25 D,V =1 sin y con corrección.
Gonioscopia. AO : Seno indo-corneal estrictamente normal.

5.B.T., N° 173. Argentina, de 42 años de edad y 4 de enfermedad.. Nunca ha temido molestias oculares. Estado correspondiente al 9-XII-47:

Ojo Externo. OD : En córnea, filetes arrosariados netos, súpereo-externos,, y escasos puntos, tenues, de infiltración superficial en la parte inferior. OI: En. córnea, hacia arriba, contra el limbo, bands muy estrecha de infiltración superficial del parénquima.

Tensión, Motilidad y Fondo Oculares. AO : Normales.
Agudeza Visual. AO = 2/3 sin corrección.
Gonioscopia. AO : Seno irado-corneal estrictamente normal.

6. G. H., I. D. Argentino, de 33 años de edad y 7 de enfermedad. Intervención quirúrgica del OI en la infancia, después de un traumatismo; desde entonces, exotropia monocular izquierda permanente, operada por nosotros el 6-DC-46, con buenos resultados. Estado correspondiente al 18-VI-47:

Ojo Externo. OD : En córnea, además de escasos filetes nerviosos moniformes, se observa bacia arriba y afuera una fina infiltración pulverulenta del parénquima. En iris, algunos nódulos miliares dispersos. Pupila ligeramente ovalada. OI : No hay en córnea nada patológico. Midriasis. Catarata secundaria con una brecha grande en su parte central; un grueso anillo de tumefacción de Sömmering levanta el iris.

Tensión Ocular. AO : Normal.

Motilidad Ocular Extrínseca. Exotropia residual izquierda de 6°.

Motilidad Ocular Intrínseca. AO : Conservada, en lo que a las reacciones pupilares se refiere.

Agudeza Visual. OD = I sin corrección. OI = 1/30 sin corrección y 1/4 con agujero estenopeico.

Gonioscopia. OD: Hacia arriba el seno indo-corneal es entreccho: la línea de las crestas irideas se proyecta sobre la parte posterior del trabeculum, que se ve como un doble contorno, cubierto en parte por numerosos procesos irideos, finos y breves. Hacia abajo el seno es amplio y muestra la parte pe dicular revestida por la banda basal de los procesos irideos, desde la ou extienden bacia adelante vamos de estos últimos, finos y breves; el trabeculum es visible como un doble contorno, y sobre el mismo se observan, aislados, algunos nodulillos miliares, como perlas, que salpican también la banda basal de los procesos irideos y en partes parecen asimismo incluidos en la lamina ira béculo-conjuntival; en las VII, en el fondo del seno, se encuentra engarzada una masa caseosa, irregular, pequena. OI: Hacia arriba, seno de regular amplitud; sobre el canal de Schlemm, inyectado, numerosos depósitos pigmenta-nos; por detrás del mismo, ancha línea del espolón. Hacia afuera, vasta goniosinequia por coalescencia que se extiende desde las II hasta ias V y por debajo de la coral se van varias goniosinequias en columns. Hacia abajo, seno amplio, en el que se observar algunos nodulillos miliares dispersos; en las VIII, pequena mesa caseosa que descapsa sobre el trabeculum.

7.M.N., N° 111. Argentina, de 19 años de edad y 4 de enfermedad. Nunca ha tenido molestias oculares. Estado correspondiente al 12-11-48:

Ojo Externo. AO : En córnea, regular cantidad de filetes nerviosos arrosariados, breves, e intiltración superficial tenue del parénquima, distribuida en forma de manchas dispersas. En la porción ciliar del iris, cuyas capas mesenquunáticas estare algo atrofiadas, numerosos nódulos miliares, que están, o encavados profundamente en las criptas, o incluidos en el espesor del tejido mismo, y que por ello se ven algo velados. Discoria leve.

Tensión y Fondo Oculares. AO : Normales.

Motilidad Intrínseca. AO : Respuestas pupilares tórpidas.

Agudeza Visual. OD = 1/2 sin corrección y con agujero estenoico. OI= 2/3 sin corrección y con agujero estenoico.

Gonioscopia. AO: Seno irido-corneal de amplitud en partes mediana y an partes escasa. No se ve el canal de Schlemm, y el trabeculum se continúa con lá linea del espolón, por detrás de la cual se observa la lámiva trabéculo-conjuntival, salpicada de pocos nódulos minares, muy pequenos; en algunos raros puntos en que se advierte la parte perpendicular del seno, se perciben sobre ells puntos blancos, no muy nítidos, que también parecer nódulos miliares.

8. T. D., N° 249. Argentino, de 29 años de edad y 7 de enfermedad. Larga historia de padecimiento de OI. Estado correspondiente al 21-IV-48:

Ojo Externo. OD: Infiltración corneal superficial en forma de manchitas blancas diseminadas; muy escasos filetes nerviosos moniliformes, visibles sobre todo en la parte superior. Iris levemente atrófico en la porción pupilar. OI: Leproma escleral amarillento, aplanado, que rodea la córnea en toda su circunferencia y se continúa sobre la misma en forma de una densa infiltración del parénquima, que se extiende hasta varios milímetros del limbo; el resto de la cómea ofrece un aspecto similar a la del OD. Iris atrófico en la zona pupilar, sobre la cual se ven algunos nódulos miliares dispersos.

Tensión y Fondo Oculares. AO : Normales.

Motilidad Intrínseca. AO : Respuestas pupilares tórpidas.

Agudeza Visual. OD = 1/3 sin corrección y 1/2 con agujero estenoico.

Gonioscopia. OD : Seno irido-corneal normal. OI : Seno irido-corneal normal y muy amplio hacia arriba. Hacia abajo su amplitud es todavía mayor; la lamina trabéculo-conjuntival se ve como un doble contorno y presenta finos vasos que aparecen a nivel de la sombra supracoroidea y discurren de adelante hacia atrás; en la raíz del iris se observa una atrofia lacunar de las capas mesenquimáticas, en forma de ojal, através de la cual se ve el epitelio pigmentario, cubierto en ciertos puntos por nódulos miliares diminutos; el iris no presenta saliencia alguns correspondiente a los procesos ciliares, sino que es plano, lo cual explica la profundidad exagerada del angulo de la curara anterior; por delante de la linea blanca limitante anterior, se advierten sobre la membrana de Descemet finos levantamientos translúcidos, nodulares, pequenos.

9.C.M., L. N. S. Argentino, de 32 años de edad y 8 de enfermedad. Dolores y congestión de OD hace 2 años, que pasaron con tratamiento adecuado. Estado correspondiente al 29-VIII-47:

Ojo Externo. OD : Acentuada alopecia superciliar y ciliar. Infiltración superficial fina de la córnea, que muestra también restos de filetes nerviosos arrosariados, apenas reconocibles; precipitados pigmentarios escasos sobre la membrana de Descemet. Numerosos nódulos milinres sobre el iris, asiento de una atrofia marcada que ha llegado a producir, hacia abajo, una extensa pérdida de substancia, semejante a una iridectomia óptica y que parece Regar hasta el angulo de la cámara anterior; la brecha abierta en el epitelio pigmentado es menor que la que presentan las capas mesenquimáticas Entre el borde pupilar

y el cristalino se ven, en las IV y las VIII, dos cortas sinequias pigmentarias. OI: Infiltración superficial del parénquima corneal. En la porción pupilar del iris, escasos y muy pequeñas nódulos miliares.

Tensión, Motilidad y Fondo Oculares. AO : Normales.

Agudeza Visual. AO =1 sin corrección.

Gonioscopia. OD : Hacia arriba, seno irido-corneal de amplitud mediana que muestra algunos pequeños nódulos miliares, suspendidos, al parecer, de la lámina trabéculo-conjuntival. Hacia abajo, en donde el seno es estrecho, se ve que la perforación atrófica del iris — a través de la cual asoma la cabeza de varios procesos ciliares no llega hasta la gotera indiana, de la que la separa una banda estrecha de iris, reducida al epitelio pigmentario y a la capa mèsenquimática posterior; por detrás de la misma se encuentra una goniosinequia por coalescencia, a ambos lados de la cual se observan, sobre el trabeculum, numerosos gruesos granos de pigmento y muchos nódulos miliares. OI: Seno indo-corneal de mediana amplitud, que presenta en algunos puntos goniosinequias en filamento; diseminados por todo el Angulo, numerosos nódulos miliares.

10. C. M., N° 138. Argentino, de 70 años de edad y 19 de enfermedad. Larga historia de padecimiento ocular. Estado correspondiente al 16-111-48:

Ojo Externo. AO : Ligera inyección ciliar. Infiltración difusa, fina, tenue, de la córnea; sobre lam. de Descemet, algunos precipitados pigmentamos gruesos, y otros grises, escasos, más pequeños Cuerpos flotantes, raros, en la cámara anterior. Sinequias posteriores extensas del borde pupilar, que en OD constituyen casi la seclusión del mismo. Sobre la porción ciliar del iris se ven varios diminutos nódulos miliares dispersos y algunos puntitos brillantes, que parecen corresponder a cristales de alguna substancia allí precipitada.

Tensión Ocular. AO: Normal.

Motilidad Intrínseca. AO : Respuestas pupilares apenas perceptibles. Fondo Ocular. AO : El examen es muy difícil por la turbidez de la córnea y sólo puede afirmarse que no existen lesiones groseras.

Agudeza Visual. OD = 1/4 sin corrección y 1/3 con agujero estenopecico. OI = 1/15 sin corrección y 1/6 con agujero estenopecico.

Gonioscopia. AO : El examen se ve muy entorpecido por la turbidez de la córnea, debida a la presencia de la infiltración del parénquima, de los precipitados que recubren lam. de Descemet y de pliegues radiados, muy periféricos, que se observan en la misma membrana. Hacia arriba el seno es muy estrecho, mientras que hacia abajo es de mediana amplitud. El único aspecto anómalo demostrable corresponde a un nódulo miliar diminuto y a un punto brillante, similares a los que se encuentran en la porción pupilar del iris y que se ven en OI, en las VI, sobre la línea de las crestas irideas.

11. V . M. L . N. S. Argentina, de 38 años de edad y 14 de enfermedad. Padecimientos oculares desde hace varios años. Estado correspondiente al 28-IV-47:

Ojo Externo. OD : Alopecia ciliar y superciliar total. Queratitis punctata superficial conspicua. Sobre el iris, cerca del borde pupilar, varios nódulos miliares, evidentes sobre todo a las III y a las IV. Pupila en gran midriasis atropínica. OI: En córnea, infiltración superficial punctata e infiltración central profunda, densa; junto al limbo, en las X, filete nervioso en vías de desintegración; el epitelio que recubre la parte central muestra erosiones pequeñas. En la porción pupilar del iris, escasos y muy pequeños nódulos miliares, y en las IX, a 3mm. del borde pupilar, un cristalito brillante, minúsculo.

Tensión Ocular. AO : Normal.

Motilidad Intrínseca. OD : Abolida. OI : Respuestas pupilares débiles.

Agudeza Visual. OD = 1/4 sin y con corrección. OI = 1/8 sin y con corrección.

Gonioscopia. OD : Examen muy dificultado por la infiltración de la córnea. Seno irido-corneal de amplitud mediana, que hacia abajo, en las VI, muestra un grueso nódulo miliar, por detrás del cual se ven otros dos, más pequeños y que como el anterior yacen sobre la línea de las crestas irideas. OI : Examen difícil, pero sólo en eleitos puntos. Hacia arriba, seno de amplitud mediana, que muestra en la I un nódulo miliar grueso y en las II otro pequeño, desde donde se extiende, en dirección de las agujas del reloj, una goniosinequia nor coalescencia, cuya exacta dimensión, no menor de 30°, no puede precisarse. Hacia abajo, seno amplio, que, sin embargo, no deja ver el reteso y que muestra en las VI un conglomerado caseoso, implantado sobre el iris y en contacto sobre el trabeculum, de modo que hace las vetes de una goniosinequia en columna.

12. B. J., N° 248. Argentino, de 19 años de edad y 2 de enfermedad. Hace un mes, severa irido-ciclitis aguda de OI, curada. Estado correspondiente al 27-I-48:

Ojo Externo. OD : Contra el limbo, hacia arriba, infiltración querática superficial tenue, en forma de motas, y numerosos filetes nerviosos moniliformes. OI : En la parte superior, queratitis punctata superficial, más notable que a derecha, y filetes nerviosos arrosariados breves, escasos y difícilmente visibles. No se advierte alteración alguna imputable a la irido-ciclitis anterior.

Tensión, Motilidad y Fondo Oculares. AO : Normales.

Agudeza Visual AO = 1 sin corrección.

Gonioscopia. OD: Seno irido-corneal libre de caracteres patológicos. OI : Seno de amplitud mediana, atravesado hacia abajo por numerosas goniosinequias en filamento que se extienden de la línea de las crestas irideas a la lámina trabéculo-conjuntival y a la línea del espolón.

13. M. J. M., I. D. Argentino, de 49 años de edad y 4 de enfermedad. Vieja irido-ciclitis plástica bilateral, reagudizada hace un mes. Estado correspondiente al 4-III-48:

Ojo Externo. OD : Infiltración superficial del tercio superior de la córnea; precipitados pigmentarios y grises sobre 1 am. de Descemet. No se ven cuerpos flotantes en la cámara anterior. Sinequias posteriores breves, recias, pigmentarias; oclusión pupilar por una membrana translúcida fina. OI: Inyección ciliar leve. Infiltración superficial de la mitad superior de la córnea; innumerables precipitados finos, claros, sobre la m. de Descemet, que hacen imposible la búsqueda de cuerpos flotantes en la cámara anterior. Sinequias posteriores numerosas, gruesas, breves.

Tensión Ocular. AO : Normal.

Matilidad Intrínseca. Respuestas pupilares abolidas en OD y apenas esbozadas en OI.

Agudeza Visual. AO = 1/20 sin y con corrección.

Gonioscopia. En AO, pero sobre todo en OI, el examen es muy difícil por la falta de transparencia de la córnea. El seno es de una amplitud mediana y no presenta alteraciones.

14. O. E., L. N. S. Argentina, de 34 años de edad y 4 de enfermedad. Afección del OI de larga evolución. Estado correspondiente al 9-VI-47:

Ojo Externo. OD : En la córnea, muy escasos filetes nerviosos arrosariados súpero-externos, breves y de trayecto irregular; queratitis punctata superficial tenue, que como una banda rodea por dentro el tercio superior del limbo. En 1 iris, escasísimos nódulos miliares. OI : Córnea vascularizada e infiltrada en todo su espesor en el sector súpero-externo. Cámara anterior bajísima. Iris en tomate, atrófico hacia arriba y afuera, en donde parece haber numerosos nódulos miliares. Seclusión y oclusión pupilares.

Tensión Ocular. OD: 18 mm. Hg. OI : 27 mm. Hg (Schiötz).
Motilidad Extrínseca. Exotropía monocular izquierda permanente.
Motilidad Intrínseca. OD: Normal. OI : Abolida.

Agudeza Visual. OD =1 sin corrección. OI = movimientos de la mano a 30 cm.

Gonioscopia. OD : Seno muy amplio y que sería normal, si no fuera por la presencia de varios nódulos miliares, que asientan, hacia abajo, sobre la banda basal de los procesos irideos. OI : Hacia arriba se observan numerosas goniosinequias en columna, que impiden ver el reteso del seno. Hacia adentro y hacia afuera, numerosas sinequias anteriores periféricas. Hacia abajo, sólo en las VI puede verse el seno, que es amplio y no muestra peculiaridad alguna, fuera de algunos finos precipitados pigmentarios sobre el trabeculum.

15. M . U., I . D . Argentino, de 46 años de edad y 15 de enfermedad. Vieja afección del OI. Estado correspondiente al 23-X-47:

Ojo Externo. OD : Numerosos nodulillos de los bordes palpebrales. Ligera inyección de conjuntiva bulbar. En la córnea, estrecha banda superior de infiltración superficial punctata y, en las X, junto al limbo, breve filete nervioso arrosariado; finos precipitados pigmentarios sobre la m. de Descemet. Las capas mesénquimáticas del iris están atrofiadas en el sector externo, en correspondencia con un aplanamiento del borde pupilar, sobre el cual descansa, en las X, un nódulo miliar. OI : Marcada inyección ciliar. La córnea muestra, hacia arriba y hacia abajo, bandas estrechas de infiltración profunda, vascularizada; se ven numerosos precipitados grises sobre la m. de Descemet. Iris on tomate, que hacia abajo entra en contacto con la córnea, a la cual parece adherir. Seclusión y oclusión de la pupila, que está en miosis. Hacia arriba y afuera, se esboza ya un estafiloma escleral anterior.

Tensión Ocular. OD :16 mm. Hg. OI : 26 mm. HMg (Schiötz). Motilidad Intrínseca. Respuestas pupilares normales en OD y abolidas en OI.

Agudeza Visual. OD = 1 sin corrección. OI = bultos.

Gonioscopia. OD : Seno irido-corneal de amplitud algo menos que mediana y embocadura estrecha. Hacia abajo se ven numerosas goniosinequias en columna, sobre una de las cuales descansa un nódulo miliar grisáceo. Hacia arriba, finas goniosinequias en filamento. OI : Hacia arriba, seno de amplitud mínima; la línea de las crestas irideas se proyecta sobre el trabeculum y cualquier tentativa de penetrar en el seno tropieza con la imagen de perfil de la periferia corneal. Hacia abajo, ancha sinequia periférica anterior, que une el iris a la membrana de Descemet y sobre la cual se engasta una masa amorfa, blanca caseosa, de exudado.

DISCUSSION

En los 5 primeros casos, en los que, dejando de lado las lesiones de las regiones superciliar y palpebral, sólo pudo descubrirse mediante el examen biomicroscópico ordinario el aspecto moniliforme de los nervios de la córnea y la presencia de una fina infiltración de parte de la misma, el examen gonioscópico no pudo de manifiesto alteración alguna del seno irido-corneal. No sabemos si en pacientes portadores de lesiones también limitadas a la córnea, pero más conspicuas, existen alteraciones del ángulo de la cámara anterior; la propia naturaleza del examen gonioscópico — que requiere una cierta transparencia de los medios para poderse

practicar — entraña, sin embargo, su no aplicabilidad a esos casos. En los casos 6 y 9, que además de las alteraciones anteriores mostraban, en uno o en ambos ojos y en número variable, nódulos miliareos asentados sobre el iris o incluidos en su espesor, pudo demostrarse la presencia de esos mismos nódulos en el seno irido-corneal; no obstante, no estaban allí incluidos en las paredes del mismo, sino que descansaban o pendían de ellas, como si no las tocaran casi. Mendonca de Barros insiste sobre el hecho de que los verdaderos nódulos miliareos son aquéllos que aparecen encastrados en el espesor del tejido mesenquimático del iris; no lo creemos así, y hemos visto muchas veces nódulos como perlas, ingrátidos, colocados sobre la superficie del iris de modo de proyectar sobre este último su sombra.

En los casos 8 y 9, la gonioscopia permitió comprobar en el ángulo la existencia de nódulos miliareos muy numerosos, mucho más que en la porción pupilar del iris, y en uno de ellos la de una pérdida de substancia de la raíz del iris, no evidenciable de otra

Igual cosa descubrimos en los casos 10, 11, 12 y 13, que ademanera.

más, y a causa de una irido-ciclitis difusa pasada o presente, presentaban goniosinequias de diversos tipos, y en los casos 14 y 15, que mostraban sinequias periféricas anteriores, resultado de la seclusión pupilar y del abombamiento del iris.

Parece, pues, que los nódulos miliareos aparecen con mayor frecuencia en el ángulo de la cámara anterior que en la porción pupila del iris, y ello tanto en sus segmentos ciliar e indiano como en su segmento escleral.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El autor examinó con el cristal de Goldmann el ángulo de la cámara anterior en 29 leproso.

No pudieron demostrarse alteraciones del mismo en los 10 pacientes correspondientes a la forma T (tuberculoide), en los 2 correspondientes a la forma I (incaerística) ni en los 2 que recientemente la enfermedad había dejado la forma I para adoptar la forma L.

En los 15 pacientes que desde hacia largo tiempo correspondían a la forma L (lepromatosa), pudieron comprobarse alteraciones del seno irido-corneal sólo cuando existían ya lesiones de la parte del iris ordinariamente visible; cosa parecida estableció Puig Solanes en el caso de las lesiones oculares debidas a la oncocercosis. Esas alteraciones consistían en nódulos miliareos, en go-

niosinequias, em sinequias periféricas anteriores y en pérdidas de substancia de la raiz del iris, totales o limitadas a las capas mesenquimáticas. En un caso solamente se observaron varios nódulos miliares en el seno de un ojo que parecia libre de lesiones lepróticas; el otro ojo, sin embargo, mostraba esas lesiones em la córnea y en el iris.

Sólo merced a la ayuda inestimable del Dr. Luis Argüello Pitt, Director del Dispensario Dermatológico de Córdoba, pudimos realizar este trabajo. Le estamos, par ello, vivamente agradecidos.

BIBLOGRAFIA CONSULTADA

1. **Adrogué, E., y Wolf, J. A.:** Arch. de Oftalm. de Bs. As. 23:27, 1948.
2. **Busacca, A.:** Eléments de Gonioscopie. Tip. Rosolillo, São Paulo, 1945.
3. **Goldman, H.:** Ophthalmologica, 96: 90, 1938.
4. **Graue, E.:** An. de la Soc. Mex. de Oftalm, 21 :23, 1947.
5. **Harley, R. D.:** Am. J. of Ophth. 29 : 295, 1946.
6. **Mendonca de Barros, J.:** Aspectos Clínicos do Comprometimento Ocular da Lepra. Quarta Monografia dos Arquivos do Sanatório "Padre Bento", São Paulo, 1939.
7. **Mendonca de Barros, J.:** Am. J. of Ophth. 29 :162, 1946.
8. **Puig Solanes, M.:** An. de la Soc. Mex. de Oftalm. 21 : 309, 1947.
9. **Soto, M. C.:** Arch. de Oftalm. de Bs. As. 23: 51, 1948.
10. **Souza Campos, N.:** Anais da II Conferencia Panamericana de Lepra, 3:177, 1947.
11. **Trantas, A.:** Arch. d'Opht. 45: 617, 1928.
12. **Trantas, M. A., et Trantas, N. G.:** Ann. d'Ocul. 174:186, 1937.