

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

---

---

BREVE ESTUDIO

SOBRE

LA QUERATITIS HERPÉTICA.

---

Trabajo que para el examen general  
de Medicina, Cirugía y Obstetricia presenta al Jurado Calificador

MANUEL URIBE TRONCOSO

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina, ex-practicante  
del Hospital general de San Andrés,  
practicante del Hospital "Concepción Béistegui," prosecretario de la Sociedad Filoiátrica.

---

MÉXICO

IMPRENTA DEL GOBIERNO, EN EL EX-ARZOBISPADO

(Avenida 2 Oriente, número 726.)

—  
1890



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

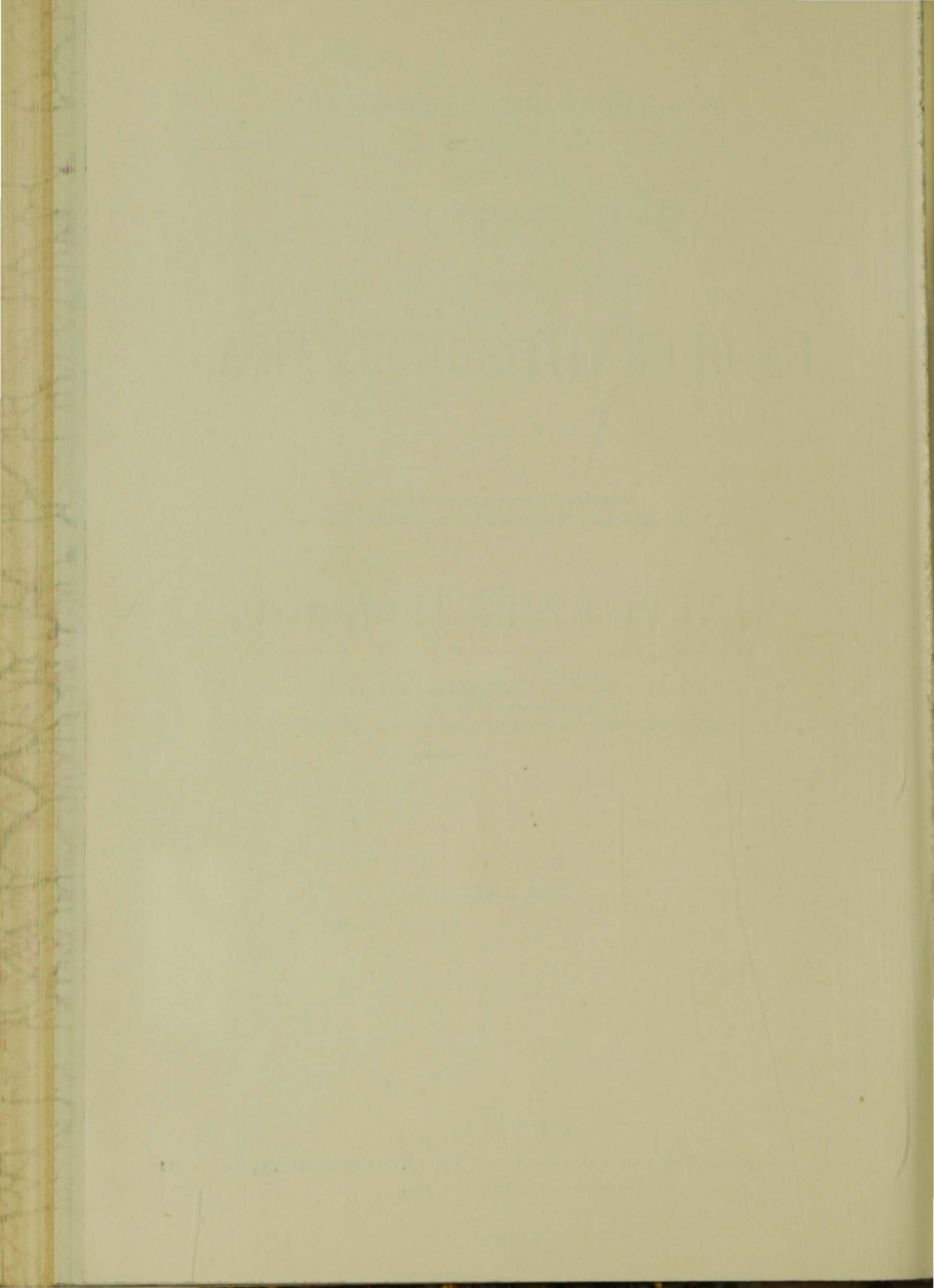


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

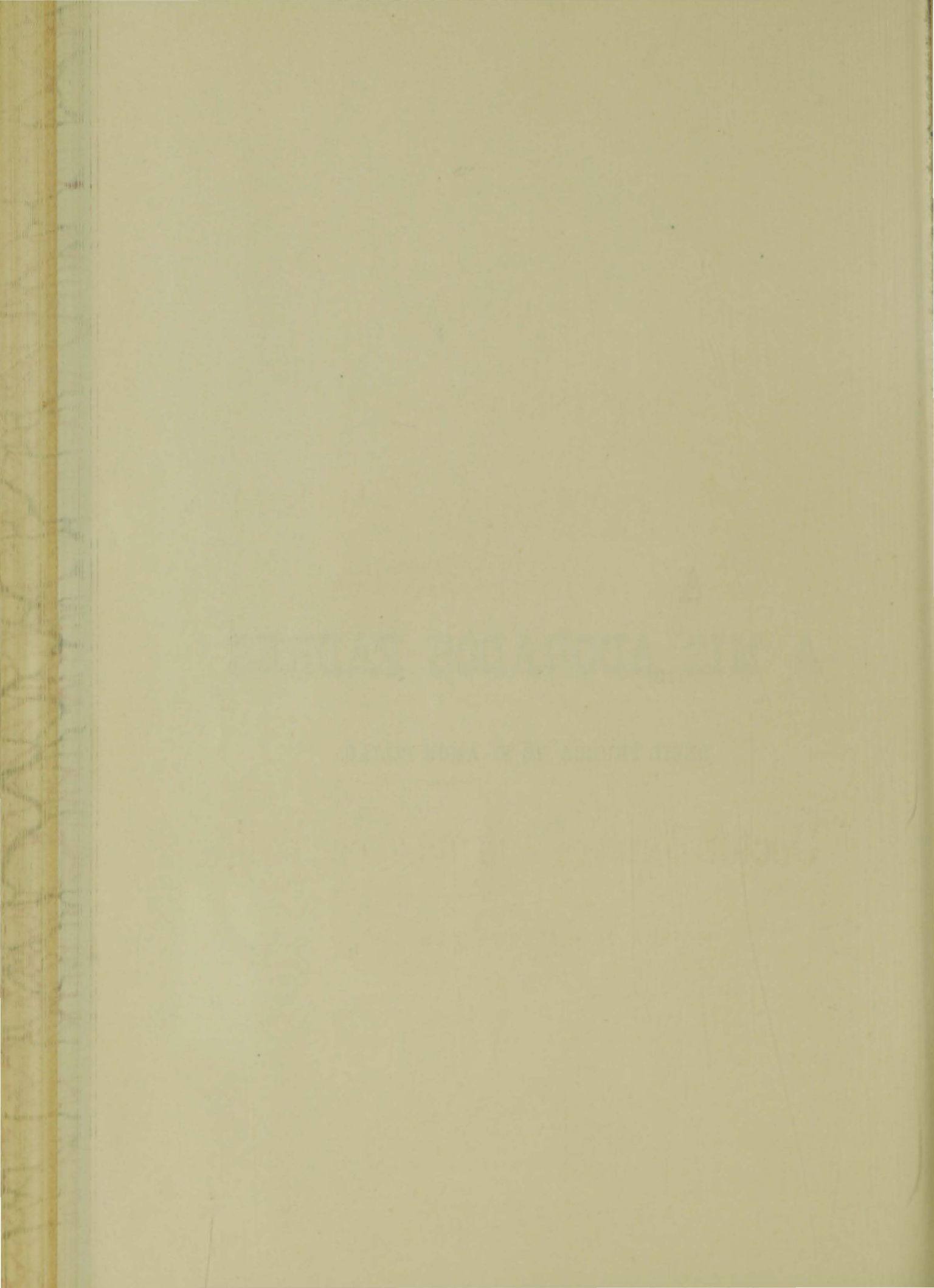
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**A MIS ADORADOS PADRES**

DÉBIL PRUEBA DE MI AMOR FILIAL.



AL NOTABLE CIRUJANO

Doctor Francisco de P. Chacón

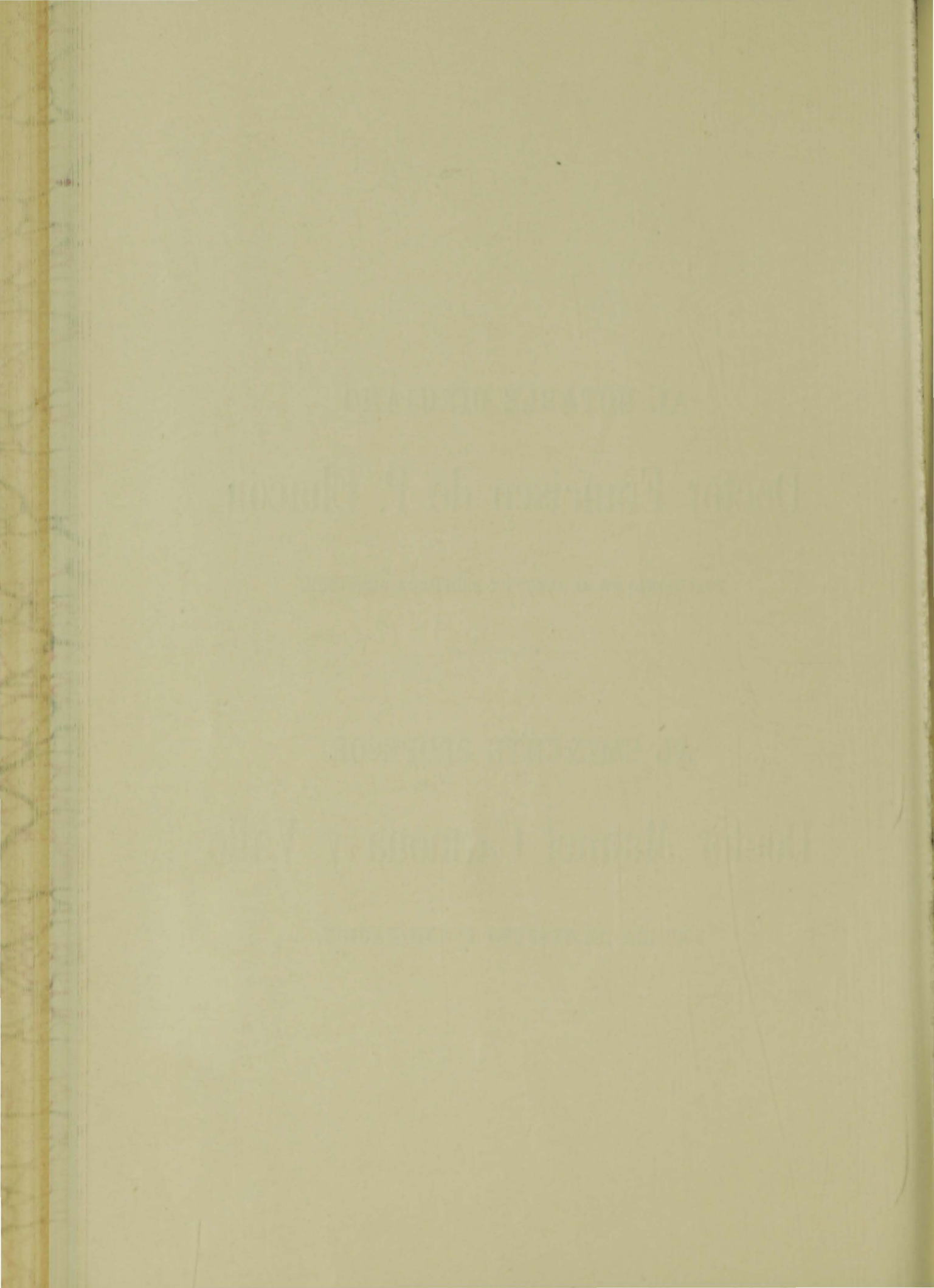
TESTIMONIO DE MI AFECTO Y PROFUNDA GRATITUD.

---

AL EMINENTE PROFESOR

Doctor Manuel Carmona y Valle

PRUEBA DE RESPETO Y ADMIRACION.



AL INTELIGENTE OFTALMOLOGISTA

**Dr. JOSÉ RAMOS**

A quien soy deudor de inmerecidas consideraciones.

---

AL ILUSTRADO PROFESOR

DR. JOAQUIN VERTIZ

**AFECTO Y GRATITUD.**





AL INSTRUIDO Y MODESTO

**Dr. J. Ramón Icaza**

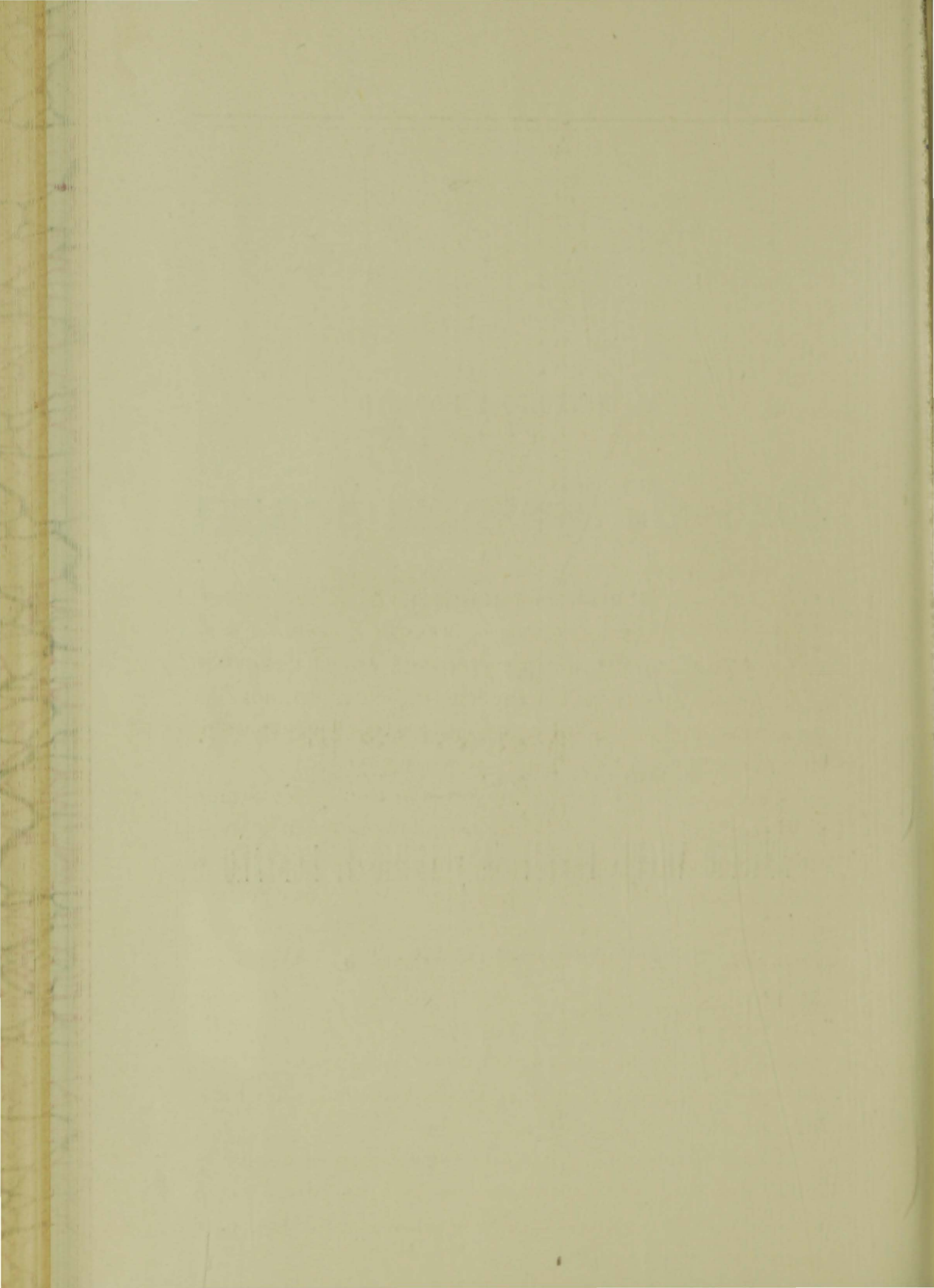
RESPECTO Y SIMPATIA.

---

A MIS QUERIDOS COMPAÑEROS

ANTONIO VILCHIS BARBABOSA y EMILIO F. MONTAÑO

En prueba de sincero cariño y constante amistad.



---

---

## HISTORIA.

---

EL año de 1878 el Dr. Galezowski describió con el nombre de *Herpes febril de la córnea ó Queratitis herpética* una afección caracterizada por el desarrollo sobre la córnea de pequeñas vesículas reunidas en grupos, acompañadas de neuralgias intensas y á cuya erupción han precedido fenómenos generales febriles.

Cerca de veinticinco años antes Bowman, de Graefe y Weber habían descrito una forma de queratitis constituida por vesículas transparentes acompañadas de lagrimeo, dolores ciliares, neuralgias, fotofobia, que “recuerdan la erupción cutánea conocida con el nombre de *Zona*.” Para ellos su carácter principal consistía en la desaparición de los dolores neurálgicos una vez que las vesículas se habían roto; señalan que pueden sobrevenir varias generaciones de vesículas sobre la misma córnea y por fin Desmarres la encuentra complicando afecciones del globo ocular, coroiditis, glaucoma, etc.

Corresponde sin embargo á Galezowski el honor de haber descrito con precisión la queratitis herpética, haber trazado claramente sus síntomas y puesto en luz su origen eminentemente nervioso.

Posteriormente los trabajos de Arlt, de Godo, los de Horner que hace conocer la forma catarral y los de Nagel que señala el papel de los traumatismos en su producción, precisan mejor las diferentes formas de la enfermedad y su variada etiología.

En nuestro país el Dr. Ricardo Vértiz había creído advertir mucho tiempo hace una forma de queratitis semejante á la queratitis herpética.

Ultimamente el Sr. Dr. Ramos la ha dado á conocer y hecho de ella el objeto de una comunicación á la Academia de Medicina.



## DEFINICION, FORMAS Y ETIOLOGIA.

La queratitis herpética es una afección caracterizada por el desarrollo sobre la córnea de pequeñas salientes dispuestas por grupos y constituidas por vesículas de herpes.

Es una enfermedad de la edad adulta y la vejez, muy rara antes de los doce años; es frecuente en los individuos débiles ó agotados por una diátesis, artrismo, dartros, etc.

Reconoce causas múltiples y variadas pudiendo ser originada:

1º Por la producción sobre la córnea y la conjuntiva de una erupción herpética precedida de fenómenos generales febriles; ó por la propagación á las membranas oculares del herpes desarrollado en el labio superior ó el ala de la nariz.

2º Por la extensión á la córnea de la zona oftálmica.

3º Por cambios bruscos de temperatura: forma *catarral* de Horner.

4º Por ligeros traumatismos de la superficie cornea que hacen caer sólo el epitelio, y

5º Sobreviene á veces en el curso de una afección general del globo ocular (glaucoma, irido-coroiditis.)

Vamos ahora á examinar en detalle cada una de estas formas.

La primera puede ser producida por un embarazo gástrico febril ó apirético, una fiebre intermitente ó una neumonía, y se desarrolla sobre la córnea de la misma manera que sobre los labios y el ala de la nariz.

En otras ocasiones su producción es consecutiva al herpes facial ó á un herpes localizado en las mucosas faríngea, laringea, etc., que se ha extendido á la conjuntiva y la córnea.

Las emociones morales vivas, miedo súbito, pesar, son acusadas también de producirla, aunque esta causa debe ser muy excepcional.

Casi siempre ataca á un sólo ojo, el del lado en que se hace la erupción herpética cuando esta es unilateral, hecho mucho más marcado en la zona.

La zona oftálmica ó herpes zoster se complica muy frecuentemente de querato-conjuntivitis. Según Kocks en ochenta casos de zona cuarenta y seis veces fueron invadidas la córnea y la conjuntiva, siendo de estos cuarenta pertenecientes al ojo izquierdo.

En la Clínica oftalmológica de la Facultad hemos tenido ocasión de observar recientemente un caso de herpes zoster del lado derecho acompañado de querato-conjuntivitis, cuya historia consta al final de este trabajo.

La zona reviste á veces un carácter infeccioso muy notable; se produce generalmente en primavera, ataca epidémicamente á gran número de individuos, y como la mayoría de las enfermedades infecciosas verdaderas, confiere la inmunidad después del ataque. Frecuentemente entonces se acompaña de querato-conjuntivitis.

Es más común sin embargo que el herpes zoster sea resultado de una lesión nerviosa central ó periférica y que invada posteriormente la córnea.

La tercera forma ó *forma catarral* es, por decirlo así, idiopática. Sobreviene con ocasión de bruscos cambios en la temperatura y es común en el cambio de estación.

El Dr. Ramos nos ha referido que á consecuencia de los terremotos que se hicieron sentir en la ciudad de Cannes (Francia), los habitantes se vieron obligados á dormir á la intemperie, en calles y plazas, lo que ocasionándoles múltiples enfriamientos, produjo una verdadera epidemia de querato-conjuntivitis herpética.

Entre los atacados se encontraba la hija del celebrado cirujano Nélaton, quien contrajo la enfermedad por haber pasado la noche entera en su jardín.

Nosotros hemos observado gran número de casos de la forma catarral: un arriero durante una noche húmeda y fría, duerme en un bosque y á la mañana siguiente es atacado de la querato-conjuntivitis. (Véase observación 2<sup>a</sup>)

Una persona que sale de una pieza caliente, recibe el aire frío del exterior y contrae inmediatamente la enfermedad.

En las afecciones catarrales de las vías aéreas es frecuente la coincidencia de la querato-conjuntivitis, y en los últimos días con ocasión de la epidemia de *influenza*, gran número de personas contrajeron al mismo tiempo esta afección.

Horner fué el primero que describió la forma catarral muy frecuentemente confundida antes con una simple conjuntivitis intensa.

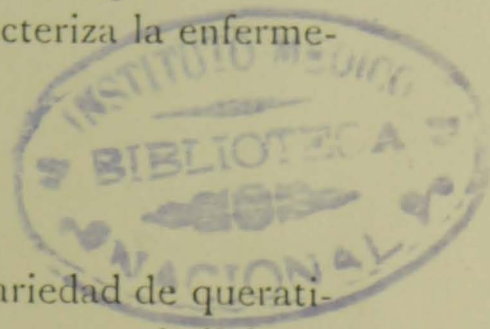
A ella pertenecen la mayoría de los casos que hemos tenido ocasión de observar, siendo mucho más común que la que producen las otras causas que dejamos ya apuntadas.

Los traumatismos ligeros de la córnea que provocan la caída del epitelio y ponen á desnudo las extremidades nerviosas, traen frecuentemente la aparición de las vesículas y los dolores neurálgicos; las madres y las nodrizas que son arañadas por los niños, una rama de árbol hiriendo la córnea, etc., son ejemplos de esta variedad.

Por último, en algunas afecciones del globo ocular, glaucomas, irido-coroiditis, puede aparecer la perturbación de nutrición, la lesión trófica que caracteriza la enfermedad que nos ocupa.

\* \* \*

EL CARÁCTER ANATÓMICO de esta variedad de queratitis, consiste en el levantamiento de la capa epitelial anterior de la córnea, la membrana de Bowman y una pe-





queña porción de la sustancia propia por un líquido límpido. Las vesículas así formadas están enteramente desprovistas de vasos á la inversa de lo que pasa, por ejemplo, en la queratitis flictenular ó escrofulosa, en la que terminan numerosos vasos sanguíneos.

Poco tiempo después las vesículas se rompen dejando en su lugar pequeñas ulceraciones que ofrecen un ligero tinte gris y en las que la reparación se efectúa rápidamente en la mayoría de los casos.



## SINTOMAS.

Los síntomas oculares de la queratitis herpética pueden ser divididos en dos grupos: síntomas locales y síntomas funcionales, á cuyo estudio haremos preceder el de los fenómenos que á veces anuncian la enfermedad.

I. El período de *invasión* está caracterizado por signos diferentes según la causa productora: en el herpes febril de la córnea antes de la aparición de los fenómenos oculares, existe cefalalgia, náuseas, vómitos, calofríos, fiebre y estado saburral de la lengua.

Otras veces aparecen fenómenos herpéticos localizados en la piel ó las mucosas, faringitis, amigdalitis, etc., antes de invadir las membranas oculares.

En la zona oftálmica los calofríos, la fiebre, la cefalalgia y la erupción cutánea, pueden preceder á la invasión corneal ó producirse al mismo tiempo que ella.

Según Hutchinson, la queratitis se produciría más frecuentemente cuando la erupción del herpes zoster se hace en la parte superior del dorso de la nariz, pero existen numerosas excepciones á la regla formulada por el autor inglés.

En la forma catarral el período de invasión, es casi nulo; el enfermo recibe la acción del frío y poco tiempo después aparece el cortejo sintomático ó éste es precedido de alguna afección catarral de las vías aéreas.

II. Los síntomas *locales* consisten en una inyección conjuntival muy intensa; los vasos tortuosos, ramificados son sitio de dilatación marcada y se destacan sobre el fondo blanco de la esclerótica.

La inyección periquerática muy notable también, está constituida por pequeños vasos paralelos entre sí y que

continúan el trayecto de los radios de la córnea (inyección radiada.)

Examinando con atención la superficie de la membrana, se nota la presencia de muy pequeñas salientes que le dan un aspecto rugoso especial semejante á un sembrado de pequeñas granulaciones brillantes, y que generalmente se disponen por grupos en la periferia de la córnea ó siguiendo el trayecto de uno de los radios, pudiendo existir en varios puntos á la vez.

Para apreciarlas con mayor facilidad se recurre generalmente á la lente, por medio de la cual se distingue con claridad el grupo de vesículas confluentes semejantes á multitud de pequeños granos que reflejan fuertemente la luz.

Las imágenes se producen irregularmente en la superficie, constituida por planos diferentes, así la luz de una bujía aparece quebrada é irregular.

No hay vaso ninguno en la superficie de la córnea ni en la cercanía de los grupos vesiculares; constituye por tal motivo una de las variedades que de Wecker llama *avasculares*. Casi siempre existen también sobre la conjuntiva grupos vesiculares semejantes á los precedentes y de idéntico aspecto.

Poco tiempo después el contenido de las vesículas se hace sero-purulento, luego las paredes se desgarran dejando en su lugar pequeñas ulceraciones que persisten más ó menos tiempo dejando al cicatrizar ligeras nebulosidades de la córnea que desaparecen después.

Estos fenómenos son casi siempre monóculares pudiendo sucederse en el mismo ojo generaciones de vesículas, ó aun produciéndose en el otro ojo, tiempo después, un nuevo ataque de la afección.

III. Los síntomas *funcionales* de parte del globo ocular consisten en dolores periorbitarios muy intensos que se extienden á veces á todas las ramas del trigémino ó re-

visten otras la forma de hemicránea. Estos dolores casi siempre intermitentes, vuelven por crisis más frecuentes durante la noche.

Existe al mismo tiempo fotofobia intensa y lagrimeo.

En la forma catarral, lo mismo que en el herpes febril, la córnea conserva intacta su sensibilidad; pero en la queratitis consecutiva á la zona oftálmica, tocando esta membrana con un cuerpo cualquiera se observa que está enteramente anestesiada. Lo mismo sucede con la tensión del globo ocular que en la zona se encuentra disminuída (hipotonía), conservándose intacta en las formas febril y catarral.

En la variedad idiopática de la queratitis, los dolores cesan luego que las vesículas se rompen dejando escapar su contenido, para reaparecer si nuevas generaciones de vesículas se desarrollan.

Todos los fenómenos van aminorándose y desaparecen por lo general luego que la cicatrización de las erosiones es completa.

\* \* \*

COMPLICACIONES. — En las personas débiles, diatésicas, en los viejos, en todos aquellos cuya resistencia orgánica está disminuída, las úlceras corneales en lugar de seguir la evolución regular ya descrita, se extienden, invaden el limbo corneal formando especies de medias lunas de color gris sucio, que ocupan uno ó varios de los segmentos de la membrana y pueden llegar á invadir el tercio ó aun la mitad de la circunferencia. (Observación 1<sup>a</sup>).

Se trasforman pues en una de las variedades de úlcera roedora que progresa no sólo en superficie sino en profundidad y cuya grave marcha se conoce.

Todos los fenómenos inflamatorios son entonces grandemente aumentados; la inyección periquerática y la con-

juntival se hacen más intensas, el párpado se hincha y los dolores ciliares llegan á su más alto grado. A veces existe también iritis por propagación de la flegmasía.

Las neuralgias que acompañan á la afección persisten en ciertos casos mucho tiempo después que la evolución de ésta es completa, sobre todo en los individuos débiles y agotados.

## PATOGENIA.

La patogenia de la enfermedad que nos ocupa está envuelta aún en grande oscuridad, sabiéndose muy poco todavía de las causas que pueden producirla.

En el herpes febril y sobre todo en la zona oftálmica, el origen nervioso de la queratitis es aceptado casi unánimemente. Considérase como el resultado de las alteraciones de nutrición, de las perturbaciones tróficas que las lesiones del sistema nervioso producen en los tejidos.

Para algunos autores es sólo resultado de la inflamación del ganglio de Gasser. Se conocen, en efecto, los resultados que experimentalmente se han obtenido haciendo la sección del trigémino delante del ganglio de Gasser.

La anestesia que alcanza á todos los ramos del quinto par se hace extensiva á la córnea inervada por los ramos ciliares que del nasal y del ganglio oftálmico atraviesan la esclerótica para ir al círculo ciliar y la córnea.

Con ellos van los nervios llamados *tróficos* cuya sección producida al nivel del ganglio, traería consigo la zona, los abscesos y la ulceración de la córnea que constituyen lo que generalmente se conoce con el nombre de *queratitis neuro-paralítica*.

Se creía que estas fibras tróficas eran debidas á las anastomosis que el trigémino tiene delante del ganglio de Gasser con el gran simpático, pero Duval ha demostrado recientemente por secciones intrabulbares de la raíz sensitiva del quinto par, que estas fibras tróficas pertenecen exclusivamente á este nervio.

El mecanismo por el cual las lesiones corneales se producen es muy discutido; si algunos autores creen que los nervios tróficos, cuya existencia misma no está probada

aún, obran ya influenciando directamente la nutrición de los tejidos, ya ejerciendo cuando son lesionados una irritación morbosa que produciría lesiones tróficas; otros por el contrario, y entre ellos Snellen, creen que las lesiones corneales no resultarían sino de la anestesia de esta membrana cuya superficie no podría reaccionar como normalmente contra las influencias exteriores. En efecto, suturando delante del ojo anestesiado por la sección del trigémino, la oreja del animal, se demuestra que estas lesiones no se producen.

Tendremos pues que inclinarnos á concluir que en los casos de herpes zóster, las lesiones corneales dependen de una inflamación, una neuritis del quinto par, lo que por otra parte demuestran la anestesia de la córnea y las neuralgias intensas en el dominio de este nervio. Esta neuritis puede producirse en el ganglio de Gasser ó en los hilos terminales del nervio y Wyss refiere un caso en que encontró el ganglio de Gasser claramente inflamado en un enfermo atacado de zona oftálmica.

Por lo que se refiere al herpes facial ó de las mucosas, propagado posteriormente al ojo, Gerhardt se inclina á creer que es debido á la compresión é irritación que los vasos dilatados á causa del estado febril, ejercen sobre los nervios en los canales huesosos inextensibles del cráneo.

En la forma catarral esta interpretación patogénica, no podría ser posible; la ausencia de herpes de cualquiera otra región, hace inadmisibile que sea una neuritis por propagación á los ramos del quinto par, el nasal y los nervios ciliares, que inervan al ojo. Estos nervios no podrían ser, en efecto, comprimidos directamente por algún ramo arterial puesto que caminan en el tejido célula-adiposo de la órbita.

Ultimamente Dochmann ha creído poder demostrar que la inoculación de las vesículas herpéticas que acompañan frecuentemente á la fiebre intermitente, es susceptible de reproducir la enfermedad.

¿Podría quizá el herpes ser de naturaleza parasitaria?

¿Un microbio llevado al torrente de la circulación en las fiebres infecciosas tendría acción electiva sobre los nervios periféricos, ó bien puesto en relación con una solución de continuidad corneal ya traumática, ya sobrevenida en la anestesia de esta membrana de causa nerviosa, como en la zona, sería capaz de producir la afección que estudiamos?

Esto es enteramente hipotético y asentado sobre una base aun muy deleznable para que podamos tomarlo en consideración seria.

Para terminar añadiremos que en los casos en que un traumatismo ha puesto en descubierto las extremidades nerviosas, los dolores neurálgicos y la aparición de la queratitis se explican fácilmente.





## DIAGNÓSTICO.

Las neuralgias intensas, la fotofobia, el lagrimeo, la inyección conjuntival y periquerática, la aparición de los grupos vesiculares y su transformación en pequeñas erosiones, harán reconocer fácilmente la forma catarral.

Insistiendo con el enfermo sobre el modo de principio de su enfermedad se averiguará si ha habido fiebre, cefalalgia, perturbaciones gástricas, herpes facial, traumatismo de la córnea ó si ha existido el herpes zoster.

En este último caso comunmente la erupción persistirá aún ó habrá dejado huellas de su paso, y podrán demostrarse además la insensibilidad de la córnea y la disminución de la tensión intraocular.

El diagnóstico diferencial más importante es el de la queratitis flictenular ó escrofulosa que puede ser confundida con la afección que estudiamos; un examen atento disipará, sin embargo, todas las dudas haciendo ver en la queratitis flictenular pequeños puntos grises generalmente situados en el vértice de un triángulo vascular y no reunidos en grupos como los del herpes corneal; las neuralgias no son nunca tan intensas como en éste, ni se extienden en el trayecto del trigémino, y por último la queratitis escrofulosa se presenta casi exclusivamente en la infancia, mientras que el herpes de la córnea afecta particularmente á los adultos y los viejos.

En el caso en que las ulceraciones se trasformaran en úlcera roedora, ésta es bastante difícil de distinguir de la úlcera serpiginosa ordinaria; únicamente el modo con que principió la afección, su marcha y modo de evolución, podrán aclarar útilmente el diagnóstico etiológico.

## PRONÓSTICO.

El pronóstico de la queratitis herpética, es por lo general benigno; casi siempre la enfermedad evoluciona normalmente y una vez verificada la reparación corneal, todos los fenómenos desaparecen completamente.

Sin embargo, en los individuos débiles, agotados, en los viejos, las ulceraciones de la queratitis pueden transformarse, como ya hemos dicho, en una verdadera úlcera roedora ó complicarse de iritis.

Además, las neuralgias persisten á veces mucho tiempo después de que las lesiones corneales se han reparado, sobre todo si éstas son el resultado de la zona.

---

## TRATAMIENTO.

Cuando la afección está bajo la dependencia de un embarazo gástrico, es útil comenzar la medicación por un purgante ó un vomitivo según el estado de la lengua.

Para combatir los dolores neurálgicos, generalmente se emplea, siguiendo la práctica de Galezowski, el sulfato de quinina á la dosis de 50 á 60 centigramos al día, ya sólo ó unido al opio ó el bromuro de potasio.

El sulfato de quinina posee una acción realmente eficaz sobre las neuralgias ya obrando sobre el paludismo, cuando éste es origen de los accidentes, ó directamente sobre las crisis neurálgicas, en las que largo tiempo hace su acción es bien reconocida.

El Dr. Joaquin Vértiz aconseja emplear la aconitina á la dosis de medio milígramo tres veces al día, por cuyo medio los dolores cesan rápidamente.

A esto se añaden lavatorios de ácido bórico al dos por ciento, tibios, repetidos varias veces en el día, y el uso de algún midriático, particularmente del sulfato de atropina, cuyos efectos son poderosos y rápidos.

La fórmula más empleada es la siguiente:

Agua destilada..... 5,00 gramos.

Sulfato de atropina..... 0,02 „

D. y R. Gotas para los ojos.

De las que se instilarán dos gotas mañana y noche al ojo enfermo.

Se podrá recurrir con ventaja á la aplicación de un vendaje compresivo sobre el ojo enfermo, lo que tiene la ventaja de mantener un calor uniforme sobre la región y evitar el frotamiento de los párpados sobre las vesículas.

Para ayudar á la reparación de las lesiones corneales se usará de preferencia la pomada de yodoformo según la fórmula siguiente:

Vaselina neutra..... 10,00.

Yodoformo porfirizado..... 0,50.

M. y R. Pomada.

De la que se introducirá entre los párpados un fragmento todas las noches.

Galezowski recomienda para calmar la comezón á veces muy intensa, la pomada de calomel:

Vaselina neutra..... 5,00.

Calomel porfirizado..... 0,05.

M. y R. Pomada.

Que se usará de la misma manera que la anterior.

La queratitis herpética necesita ser activamente combatida, sobre todo en los individuos de edad avanzada ó debilitados, á fin de prevenir en lo posible la trasformación en úlcera roedora.

Las materias sépticas vertidas en el fondo de saco conjuntival por un catarro de las vías lacrimales, ejercen influencia poderosa sobre esta transformación; habrá pues en estos casos que hacer una antisepsia rigurosa y combatir al mismo tiempo las lesiones del aparato lacrimal.

Por último, si la úlcera roedora se produjera á pesar de todos los esfuerzos, habrá necesidad de recurrir al tratamiento quirúrgico: la operación de Saemish ó mejor aún la iridectomía si existe ligero grado de iritis serosa, serán los únicos medios que puedan oponerse con ventaja á la marcha de esta temible afección.

---

De entre los muchos casos que hemos tenido ocasión de observar relataremos, aunque sea sólo en extracto, algunos que puedan servir como ejemplos de las formas que hemos apuntado anteriormente.

### **OBSERVACION PRIMERA.**

Vicenta Romero, de 60 años de edad, soltera, originaria de México, entró al hospital "Concepción Béistegui" el 4 de Junio de 1889, ocupando la cama número 33, del servicio del Dr. Francisco de P. Chacón.

Desde hacía mucho tiempo había venido padeciendo gran número de enfermedades; antigua reumática, la enferma, á su entrada al hospital presentaba una exacerbación de sus padecimientos articulares, quejándose además de una faringitis que databa de tiempo atrás, pero que por aquellos días la había molestado mucho.

A esto se unían ataques frecuentes de urticaria y perturbaciones gastro-intestinales, que reunidas al alcoholismo crónico, habían minado por completo su salud.

Seis días después de su entrada, aparecieron en el ojo izquierdo grupos de pequeñas vesículas situadas en la parte infero-externa del limbo corneal, acompañadas de inyección conjuntival y periquerática muy vivas, neuralgias extendidas á los dos ramos superiores del trigémino, fotofobia y lagrimeo, coincidiendo con un nuevo ataque de urticaria.

Se le prescribió atropina en la mañana y la noche, lavatorios boratados tibios varias veces al día, y al interior veinte gramos de bitartrato de potasa.

Algún tiempo después el contenido de las vesículas, tornóse sero-purulento, en seguida se rompieron dejando en su lugar pequeñas ulceraciones superficiales.

Al tratamiento anterior se aumentó la aplicación de un vendaje compresivo, prescribiéndose contra los dolores neurálgicos un gramo de sulfato de quinina.

El estado flemásico aumentó considerablemente, las úlceras corneales ganaron más y más terreno, el iris participó de la inflamación y se produjo una verdadera iritis serosa.

Para obviar estos accidentes la prescripción consistió en diez centigramos, repartidos en el día, de calomel, gotas de atropina y vendaje compresivo.

A pesar de todos los medios empleados, del tratamiento antireumatisal mucho tiempo sostenido, la úlcera se transformó en úlcera roedora que avanzando rápidamente no tardó en invadir toda la parte externa, el borde superior y parte del borde interno de la córnea, formando una media luna de fondo gris sucio y labios anfractuosos y profundos.

La prescripción consistió en gotas de atropina y eserina empleadas alternativamente y una desinfección completa del ojo por medio de lavatorios de ácido bórico al 4 por 100; al interior salicilato de sosa á dosis fuerte.

Todos estos medios no produjeron resultado ninguno; á veces parecía que la úlcera marchaba á la cicatrización,

pero pronto esta tendencia cesaba y el proceso permanecía en el mismo estado.

Por espacio de dos meses se trató de alcanzar la cicatrización, pero no llegándose al objeto se propuso á la enferma practicar una iridectomia, lo que desgraciadamente no pudo verificarse por haber solicitado antes su alta.

### **OBSERVACION SEGUNDA.**

El enfermo N., se presentó á la Clínica Oftalmológica el mes de Agosto de 1889, llevando en el ojo derecho los grupos vesiculares, la inyección periquerática y conjuntival, las neuralgias intensas que caracterizan la queratitis herpética.

La afección había sobrevenido á causa del enfriamiento producido durante una noche húmeda y lluviosa, pasada toda entera en el interior de un bosque.

A la mañana siguiente este hombre, robusto y joven aún, había sentido su ojo inflamado y fuertemente doloroso sin haber mediado antes fenómenos de embarazo gástrico, herpes febril ó traumatismo de la córnea.

Hecho el diagnóstico de la afección se le prescribieron lavatorios bóricos al 2 por 100, y gotas de atropina al ojo; al interior 0,60 gramos de sulfato de quinina unidos á 0.03 gramos de extracto de opio.

La enfermedad siguió su marcha regular y la curación completa se efectuó en quince días.

Este caso es notable por su etiología *à frigore* claramente marcada.

### **OBSERVACION TERCERA.**

Marta Ortuño, de 34 años de edad, costurera, había padecido en Octubre de 1889, queratitis herpética del ojo izquierdo sobrevenida por un enfriamiento, sin que hubie-

ra habido antes fiebre, herpes facial ni alguna otra de las causas ya mencionadas en la etiología de la afección.

Fué tratada en la Clínica según el método ordinario, y después de una evolución normal la enfermedad terminó en quince días.

Ultimamente volvió á presentarse á la consulta quejándose de que cuatro días después de haber tenido la *influenza*, su ojo derecho había sido atacado de una afección muy semejante á la que poco tiempo hacía había padecido en el izquierdo.

Pudimos demostrar, en efecto, que existían las lesiones del herpes corneal en la parte infero-interna del limbo que-rático que estaba despulido y ligeramente nebuloso.

Habiendo sido sometida al tratamiento, todos los fenómenos desaparecieron completamente al verificarse la reparación de las erosiones corneales.

En esta enferma la reincidencia de la afección fué debida indudablemente á la afección catarral concomitante y no á causas de orden general ó diatésico.

#### OBSERVACION CUARTA.

J. L., de México, como de veintitrés años de edad, de oficio sastre, se presentó á la Consulta el mes de Noviembre próximo pasado quejándose de una erupción en la frente, dolores intensos é inflamación en el ojo derecho.

Era un hombre joven aún pero muy débil y agotado, que había padecido anteriormente tifo, viruelas y blenorragia.

Nos refirió que hacia tres días había salido violentamente en la noche, de la pieza donde trabajaba, al aire frío del exterior, y que poco tiempo después sintió comezón y dolor muy vivo en el ojo del lado derecho, extendiéndose á la ceja y la mitad de la frente.

Al día siguiente los dolores se hicieron más intensos volviendo por crisis periódicas; el ojo se puso rojo, lacrimoso, pudiendo apenas soportar la luz; sobre la frente aparecieron manchas rojizas extendidas á los párpados, el pómulos y la sien del mismo lado y sobre ellas se desarrollaron pequeñas vejigas transparentes y muy numerosas.

Estos fenómenos no cedían, las punzadas eran cada vez más intensas, por lo que se vió obligado á ocurrir á la Consulta.

Cuando lo vimos, presentaba en todo el lado derecho de la frente, exactamente hasta la línea media, placas rojas cubiertas de vésico-pústulas en las que la sensibilidad estaba enteramente abolida.

En el ojo existía una inyección conjuntival y perique-rática muy viva acompañada de vesículas en todo el limbo de la córnea y sobre la conjuntiva. En algunos puntos se habían formado ya pequeñas erosiones que daban á la membrana un aspecto rugoso y despulido.

El enfermo marcaba los dolores en el trayecto del nervio supra-orbitario y en la parte interna de la ceja particularmente.

La temperatura en esos momentos (las diez de la mañana) era normal.

Se le prescribió sulfato de quinina y extracto de opio para calmar sus neuralgias; lavatorios bóricos y atropina al ojo; colodión elástico á las placas.

Cinco días después el enfermo estaba completamente curado.

México, Marzo de 1890.

*Manuel Uribe Troncoso.*



