ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

REFLEXIONES

SOBRE

ALGUNAS DE LAS FORMAS DE LAS QUERATITIS

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

Presenta al Jurado calificador

ERASMO MARIN

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina y practicante del Hospital General de San Andrés.

MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO

Calle de San Andrés número 15. (Avenida Oriente 51.)

1899

A LA SAGRADA MEMORIA DE MI PADRE.

A MI ADORADA MADRE.

A MIS HERMANOS.

A LOS SEÑORES

Policarpo Valenzuela, Fernando del Río y José García Arciga.

Testimonio de gratitud imperecedera.

A MI MAESTRO

SR. DR. DON AGUSTÍN CHACÓN.

Débil prueba de respeto y agradecimiento.

A LOS SEÑORES PROFESORES

DOCTORES

José M. Bandera, José Ramón Icaza y José Terrés.

Homenaje humilde de estimación y cariño.

AL HONORABLE CUERPO

DE

PROFESORES DE LA ESCUELA N. DE MEDICINA.

SEÑORES JURADOS:

CUMPLIENDO con la disposición reglamentaria que impone la obligación de escribir una tesis para alcanzar el título de Médico de esta ilustrada Facultad, tengo el honor de presentar ante vosotros mi humilde trabajo, sin abrigar la más mínima pretensión de haber llenado satisfactoriamente mi cometido.

Me hubiera sido muy difícil llegar al término de este trabajo si para ello no hubiera contado con la valiosa cooperación de mi inteligente é ilustrado profesor de Oftalmología el Sr. Dr. Agustín Chacón. Debido á sus sabias lecciones prácticas y á sus utilísimos consejos particulares, llegué á asimilarme bien sus ideas acerca de la importancia de las queratitis en México y de su mejor método curativo. Mas tarde contando con su acertada dirección, no vacilé en elegir á dicha enfermedad como tema para la presente tesis.

No nos ocuparemos de todas las formas de queratitis, ni aun siquiera de todos los detalles de etiología, sintomatología y tratamientos propios á cada una de

ellas, los que se encuentran descritos en cualquier tratado de oftalmología; sino únicamente de algunas de las particularidades que presentan en México y que por esta razón tienen para nosotros interés especial.

Dos palabras acerca de la escrófula.

Antes de estudiar la enfermedad, preciso es ocuparnos del terreno en que va á desarrollarse.

En la nosología antigua, no por cierto muy remota, sino tan sólo de unos cuantos lustros atrás, la palabra escrófula designaba manifestaciones patológicas sumamente disímbolas, desde las más sencillas, que casi se confundían, con los atributos del temperamento linfático, el simple hinchamiento ganglionar, los catarros crónicos, hasta algunas dermatosis, los abscesos fríos, las periostitis y á veces también las lesiones viscerales.

Este abarcamiento de la escrófula no ha podido resistir al escalpelo de la histología y anatomía patológicas modernas y á los adelantos de la bacteriología, ciencias que han demostrado, que las erupciones cutáneas son independientes de la escrófula, y que son parasitarias é inoculables algunas. Los abscesos fríos, las gomas escrofulosas, los tumores blancos, las periostitis, etc., se sabe bien en la actualidad que son de origen tuberculoso; apenas si conserva una duda Leloir por lo que toca al lupus eritematoso.

En resumen, las alteraciones atribuídas á la escrófula, se las han compartido principalmente la tuberculosis y la sífilis; así, por ejemplo, las deformaciones de la tibia se atribuyen hoy á hiperostosis sifilíticas. En cuanto á las lesiones oculares, en su oportunidad examinaremos el participio que puedan tener en su patogénesis la sífilis y la escrófula.

¿Qué es, pues, la escrófula si deslindamos sus manifestaciones de las que pertenecen á enfermedades conocidas? No puede, realmente, llamarse una enfermedad, es una predisposición á contraer enfermedades que nada tienen de particular en cuanto á su causa. Los escrofulosos por trastornos digestivos, por la acción del frío, por causas sin efectos apreciables en un individuo fisiológico, tendrían manifestaciones cutáneas y catarros nasales y faríngeos. Estos padecimientos son notables por su cronicidad y por su poca tendencia á una terminación franca. De aquí el habitus escrofuloso, engrosamiento del ala de la nariz y del labio superior, resultantes del obstáculo á la circulación linfática.

La escrófula no es ciertamente una enfermedad, es una diátesis, admitiendo la definición que de ella da Littré: "Disposición del organismo, en virtud de la cual un individuo es atacado de varias afecciones locales de la misma naturaleza."

Las anteriores consideraciones tienen por objeto hacer resaltar lo difícil que es atribuir, con razón fundada, á la escrófula, ser la única causa de un padecimiento, y llamar por consiguiente la atención acerca de lo cauto que se debe de ser para admitirla como origen de alguna manifestación patológica.

La histología patológica y la bacteriología han mostrado la identidad de las escrofúlides y los tubérculos; la clínica los distingue por su desarrollo. Según las investigaciones bacteorológicas de Arloing deben apreciarse bien sus diferencias, porque en las escrofúlides se encuentra atenuado el bacilus de Koch.

Hemos creído conveniente elegir, entre los numerosos y extensos puntos de la oftalmología, el que sirve de título á este trabajo, principalmente porque las queratitis son unas de las enfermedades de los ojos que interesa sobremanera al práctico conocer y saber tratar, por ser de las más comunes. Esto ha motivado que algunos de nuestros oculistas se hayan ocupado extensamente de ciertas formas de ellas, en la Academia Nacional de Medicina.

Comenzaremos tratando de las queratitis de los escrofulosos, porque juzgamos buena la oportunidad para exponer lo que en la clínica de ojos hemos podido observar, así como algunas consideraciones acerca de de ellas.

Las diferentes formas de las queratitis no se destacan en la práctica con esa claridad de contornos con que nos las pintan los libros didácticos; sus límites y las transiciones entre unas y otras son con frecuencia tan poco marcados, que no se encuentra un detalle especial para clasificarlas acertadamente.

No obstante esto, haciendo abstracción por el momento de esas indecisiones inevitables, podemos considerar las formas ó variedades mejor delineadas por diferir lo suficiente en sus caracteres. En el caso particular de la queratitis escrofulosa debemos tener en

cuenta, la queratitis flictenulosa, el pannus escrofuloso de la córnea y las infiltraciones corneales, que á un grado avanzado constituyen las queratitis parenquimatosa ó intersticial.

Queratitis flictenulosa.

La queratitis flictenulosa es una de las enfermedades de los ojos más frecuentes entre los niños, en México. Es muy común ver entrar á los consultorios oftalmológicos á niños que ocultan su cara de la acción directa de la luz, con señales evidentes del temperamento linfático ó de la escrófula, ganglios engurgitados, erupciones impetiginoides, etc., y presentando un aspecto de tal modo característico, que casi se puede hacer el diagnóstico á distancia.

Las flicténulas que las caracterizan están formadas, como lo ha demostrado Ywanoff por una infiltración de leucósitos entre la membrana de Bowman y el epitelio que levantan.

Consecuentes con nuestro propósito de evitar repeticiones de lo que se puede encontrar en cualquier autor de oftalmología, no trataremos de esta enfermedad, sino únicamente en la relación que pueda tener con la escrófula, omitiendo en consecuencia su descripción, anatomía patológica y tratamiento. Bástenos decir que esta forma cede casi siempre á un tratamiento bien di-

rigido y continuado por el tiempo que sea suficiente. Esto ha sido observado en México por el inteligente Dr. Chacón en diferentes variedades de ellas inclusive la denominada por Wecker flictenular miliar [1] caracterizada por su localización en el borde de la córnea y en el anillo conjuntival, y á veces en la córnea misma. Hay en estas partes multitud de pequeñas elevaciones producidas por aglomeraciones de celdillas linfoides mezcladas con líquidos que levantan la capa epitelial. Dichas elevaciones pueden desaparecer ó dejar como consecuencia pequeñas ulceraciones. Esta variedad de queratitis flictenulosa está acompañada de fotofobia intensa, blefarospasmo, lagrimeo y dolores; no es sinembargo grave.

El ilustrado profesor Sr. Dr. José Ramos ha descrito una forma que ha observado en México y á la que llama periqueratitis miliar [2] constituída por pequeñas ulceraciones pelúcidas (rasgo característico de la afección) situadas en la córnea, en su periferia y paralelamente al limbo, del cual no distan ni medio milímetro. Son pequeñísimas y están precedidas de flicténulas apenas perceptibles. El primer período de la enfermedad puede pasar desapercibido, pues es de muy corta duración.

La principal diferencia que hemos encontrado entre la forma flictenular de Wecker (este autor la llama conjuntivitis miliar) y la periqueratitis del Sr. Dr. Ramos, consiste, en que en la primera la inyección con-

1 Wecker et Landolt. Traité complet d' Ophtalmologie. Tomo I página 341.

2 Gaceta Médica. México, Tomo XXXII, pág. 11.

juntival, la fotofobia y el lagrimeo son muy intensos, contrastando con la relativa benignidad de la enfermedad, en tanto que en la forma observada por el Sr. Dr. Ramos se nota que la fotofobia rara vez es intensa, el lagrimeo es poco abundante y los dolores ciliares son tan moderados que nunca son comparables á los de las queratitis ordinarias (Dr. Ramos). Estos caracteres que principalmente diferencian las dos formas, son tanto más notables, cuanto que en las queratitis superficiales es donde la fotofobia alcanza su mayor intensidad [1] siendo menos apreciable en las profundas. La córnea, en efecto, es de todos los órganos de la economía, como lo ha hecho notar perfectamente Waldeyer, distinguido histologista, el que posee el plexus nervioso más abundantemente distribuído.

Algo nos hemos apartado involuntariamente del asunto principal; tiempo es ya de volver á él.

¿Hay ligas de causa á efecto entre la queratitis flictenulosa y la escrofulosis? Para no afirmar más de lo que se puede y lo que la lógica nos permite, asentaremos que casi siempre se ha observado en niños linfáticos y muchas veces escrofulosos; mas debemos tener presente que el temperamento linfático es muy dominante en México; así como es general la escrófula en los niños que asisten á las consultas gratuitas. Esta común coincidencia no nos permite asegurar que depende de ella. Hay casos manifiestos en que está sometida á otras causas; así se ha visto sobrevenir como consecuencia de las fiebres eruptivas, especialmente

1 Panas.—Leçons sur les keratitis.

del sarampión, observándose algunos ejemplos en las epidemias que ha habido en la ciudad de México.

Si no se quiere pecar de ligero, no será fácil declararse en pro ó en contra de su origen escrofuloso. Entre los autores europeos, hay algunos que opinan sin vacilar que ésta es su etiología, como Panas y Galesowski, en tanto que Wecker juzga que se ha exagerado la importancia de esa causa. Si con algunos autores alemanes pensamos que la queratitis flictenulosa puede ser parasitaria [1] ó que por coincidir ya con el eczema de la cara, ya con el de los párpados, no es en algunos casos sino una extensión de esa dermatosis á la córnea y á la conjuntiva, mas fácil es comprender cómo la escrófula, sin originar la queratitis directamente, predispone á ella como predispone á las dermatosis parasitarias ó inoculables, según ya lo hemos expuesto anteriormente.

1 Según Michel, es una afección parasitaria. Su causa esencial es un microbio. (Annales d'Oculistique. Octubre 1898).

Pannus escrofuloso.

Nos ocuparemos ahora del pannus escrofuloso de la córnea.

Los autores europeos describen el pannus de la córnea como dependiente de la escrófula y sobre todo del tracoma. En México se observa, como hemos tenido oportunidad de verlo en la clínica, casos de pannus muy rebeldes, que no están ligados ni á la escrofulosis ni á la conjuntivitis granulosa y cuyo origen es muy difícil precisar. Un caso semejante está descrito en el tomo VII de la "Revista Médica" página 203, que fué observado por nuestro maestro el Sr. Dr. Chacón y que vamos á relatar en pocas palabras.

F. C., de treinta y cinco años de edad, acudió en Abril de 1894 al consultorio "Eduardo Licéaga" en el Hospital de Maternidad, para que se le atendiera de un pannus que padecía en ambas córneas y que dificultaba mucho su visión. Empezó á sentirse malo de los ojos, desde el año de 1884, y en el de 1886 se ocultaron sus pupilas tras de la opacidad corneal. Fué asistido por muchos oculistas sin ningún resultado, lo que no es de extrañarse, pues es bien sabido lo rebelde de

esta afección. No se trataba de un pannus tracomatoso. Las granulaciones son excepcionales en México. Era un pannus de obscura etiología. El enfermo no tenía antecedentes diatésicos ni había nada localmente que produjera la irritación de la córnea.

La primera vez que se reconoció al enfermo, las superficies de sus dos córneas estaban opacas y recorridas por muchos vasos (pannus de la córnea). Las pupilas estaban ocultas por la opacidad y en consecuencia la visión era defectuosa. La conjuntiva del ojo derecho estaba inyectada y había secreción abundante de lágrimas.

Se le trató primero por cuantos medios médicos están recomendados para curar esta afección y no se pudo obtener sino un ligero alivio, debido á la reabsorción de los exudados de la córnea; pero el pannus persistió.

Había llegado la ocasión de recurrir al tratamiento quirúrgico por la sindectomía (abrasión conjuntival), pero antes de esto, el Sr. Profesor Chacón creyó conveniente hacer uso del jéquirity. (Abrus Precatorius) que se recomienda como medicamento enérgico para combatir las opacidades de la córnea consecutivas al pannus. El 13 de Junio de 1894 se hizo la primera aplicación de esta substancia, á las veinte y cuatro horas apenas si se notaban fenómenos de oftalmía; á las cuarenta y ocho había supuración, pero escasa, y entonces se juzgó conveniente hacer una segunda aplicación del medicamento antes dicho. Esto dió lugar á un escurrimiento abundante de pus y á una hinchazón de los párpados que dificultaba la exploración del ojo;

hinchazón que se propagó al pómulo y mejilla del lado correspondiente. Se observaba la conjuntiva roja y la córnea estaba estrangulada por un rodete quemótico y más opaca que antes. Los dolores eran tan intensos, que impedían dormir al enfermo. El cuadro sintomático, en fin, parecía el de una oftalmía blenorrágica.

Se obtuvo fácilmente el alivio con la aplicacióu de compresas empapadas en una solución de bicloruro de mercurio al dos por diez mil, y al cabo de ocho días todos los síntomas habían desaparecido, notándose entonces la córnea más opaca que antes del ya descrito tratamiento, debido á la fuerte inflamación que sobrevino y á la estrangulación por el rodete quemótico que la circunscribía é impedía su nutricion. Poco á poco la córnea se fué limpiando, hasta quedar más clara que antes del uso del jéquirity. No obstante, el resultado no pudo llamarse satisfactorio, porque quedaron manchas de tejido escleroso en la córnea, que no fué posible hacer desaparecer dada su constitución.

Recordamos también haber observado en una señora en la clínica oftalmalógica de la Facultad, el año de 1897, un caso de pannus de las dos córneas, cuyo origen tampoco fué conocido. Se le trató igualmente por el jéquirity sin haber obtenido ningún resultado satisfactorio.

Como se ve, en estos dos casos de pannus de causa desconocida los efectos del jéquerity no fueron absolutamente satisfactorios.

Los pocos casos que se presentan de esta enferme-

dad impiden dar acerca del jéquirity conclusiones terminantes.

En el pannus tracomatoso sus efectos sí están bien probados, siempre que se tengan en cuenta sus verdaderas indicaciones y contraindicaciones.

Queratitis intersticial.

Toca su turno ahora á las infiltraciones de la córnea, y como el asunto es sumamente interesante, tendremos que considerar por separado las infiltraciones superficiales y las profundas ó parenquimatosas.

INFILTRACION CORNEAL SUPERFICIAL.

No es siempre bajo forma de flicténula, como se manifiesta la queratitis en los niños linfáticos ó escrofulosos, pues á veces sólo se nota en la córnea una infiltración blanquizca, gris, pequeña, ó bien varias pequeñitas próximas unas á otras. Estas infiltraciones están acompañadas generalmente de inyección conjuntival, lagrimeo, fotofobia, blefarospasmos y dolores, síntomas todos de las queratitis agudas. Los últimos pueden no existir según el período de la enfermedad.

Se puede decir que de la infiltración de la córnea, esta forma es la que con más frecuencia se ha visto depender del temperamento linfático y de la escrofulosis, mucho más que la queratitis intersticial profunda.

Estas infiltraciones se han observado ó bien como

consecuencia y huellas de la queratitis flictenulosa, ó bien como enfermedad primitiva, ó precedida de flictenas.

Hemos podido ver algunos niños con semejante infiltración, en la clínica oftalmológica.

Hojeando los autores los autores europeos en busca, de algo acerca de esta forma de queratitis escrofulosa, no la hemos encontrado bien delineada en los autores franceses; pero sí se puede leerse algo de ella en la excelente obra alemana de Schmidt Rimpler.

Esta forma de queratitis, de duración un poco larga y que reincide con facilidad, ha cedido al tratamiento que comunmente emplea el Sr. Dr. Chacón, tanto en su clínica de San Andrés, como en su práctica civil.

En pocas palabras lo referiremos:

Además del tratamiento general de la escrófula por el yoduro de potasio, el aceite de hígado de bacalao, un plan tónico, etc., si los síntomas irritativos (fotofobia, inyeeción, lagrimeo, etc.) son muy agudos, se limita á aplicar sobre los ojos compresas frías empapadas en solución de ácido bórico ó de boricina, según las prescripciones oftalmológicas usuales para la aplicación de éstos tópicos. El prefiere la boricina al ácido bórico, porque es, según se asegura, una sal definida que resulta de la combinación del ácido bórico y del borato de sodium, menos ácido que el ácido bórico y mucho más soluble en el agua. Ya calmada la intensidad de los síntomas agudos, usa como tópicos el óxido amarillo de mercurio en pomada y la eserina ó la pilocarpina.

Desde que comenzamos á dedicarnos al estudio de

las enfermedades de los ojos, concurrimos empeñosamente á la clínica oftalmológica de nuestro distinguido maestro el Sr. Dr. Chacón, quien recomendaba eficazmente las sales de eserina, apoyado en las ideas de Wecker. Hemos tenido oportunidad de emplear dicha substancia en varios casos, no excusando decir que han sido buenos los resultados obtenidos.

La acción fisiológica de los mióticos explica muy bien sus buenos efectos. La eserina excita la contracción de los vasos coroideos y disminuye la filtración en sus paredes, porque éstas se engruesan al contraerse sus fibras lisas: ella es antidiapedésica. Además, al contraerse el esfinter pupilar, se ensanchan los espacios de Fontana y por la fuerte contracción que sobreviene en la porción ciliar del músculo ciliar, se ejerce una tracción sobre el tejido celular pericorneano, facilitando así la circulación en este tejido (Wecker).

Antes de seguir adelante, permítasenos decir algunas palabras acerca de la preferencia que varios oculistas europeos y mexicanos dan á la atropina sobre la eserina en el tratamiento de las queratitis.

Explican su acción de estos modos:

1º Obraría como antiflogístico.

Esta explicación no es satisfactoria; no es sino una apariencia de explicación el decir que la atropina cura las queratitis obrando como antiflogístico; puesto que lo único que hacemos, es expresar con diferentes palabras el mismo fenómeno.

Por otra parte, sabemos que el origen de las inflamaciones es microbiano y hay que pensar en que una substancia es antiflogística, cuando se opone al desa-

rrollo de los microorganismos, lo que ciertamente no acontece con la atropina, á la que no se le han reconocido propiedades antisépticas.

2º Obraría paralizando la acomodación y evitando las contracciones parciales del músculo ciliar, que existen, según Dobrowolsky Javal y Martin; pero aún no está demostrado que esas contracciones existan; porque si es cierto que con la atropina se modifica disminuyendo, el astigmatismo, esto es debido á que al dilatarse la pupila quedan descubiertas partes más periféricas de la córnea, que tienen diferente refracción que la parte central; además, la dosis á que usamos comunmente la atropina, 0gr02 para 10gr00. de agua, es suficiente para curar las queratitis, es insuficiente para paralizar el músculo ciliar. Por otra parte, casi todos los ojos son astígmicos y sin embargo muy poco son los que padecen de queratitis. No podemos negar en lo absoluto que algunas afecciones oculares, entre ellas las queratitis, pueden depender del astigmatismo ó aun de otro vicio de la refracción; pero la gran mayoría de ellas no depende de esta causa.

3º Obraría disminuyendo el aflujo sanguíneo. Esta explicación que parece la más fundada es sin embargo objetable, pues sabemos que precisamente el aflujo sanguíneo en la córnea, es el medio que emplea la naturaleza para luchar contra los microorganismos y restablecer la integridad de la membrana transparente del ojo.

La atropina, cuyo uso no desaprueba el Dr. Chacón, por que con ella ha obtenido también buenos resultados, en el tratamiento de la queratitis, está sobretodo

indicada, cuando hay fotofobia intensa, en cuyo caso conviene asociarle la cocaina, y cuando hay amenaza ó complicación de iritis.

Hemos visto que substancias perfectamente antagonistas como son los midriáticos y los mióticos parecen útiles en el tratamiento de las inflamaciones de la córnea y aunque no es el único ejemplo de que dos substancias ó agentes opuestos ejerzan una misma acción sobre el organismo, pues tanto el frío intenso como el calor excesivo producen trastornos semejantes sobre el hombre, sin embargo es de presumirse que el mayor efecto curativo en el tratamiento de las queratitis, no sea debido ni á la atropina ni á la eserina, sino á los antisépticos y á los otros recursos terapéuticos que se emplean concurrentemente con ellas.

Un medicamento que también ha dado buenos resultados para hacer desaparecer las infiltraciones corneales escrofulosas, es el calomel, pero con la condición precisa que sea administrado por largo tiempo y á pequeñas dosis (cinco centígramos al día en una píldora). Este medicamente lo hemos usado en la clínica oftalmológica, siguiendo las indicaciones de Graves. Este eminente clínico recomienda el calomel en pequeñas dosis repetidas todos los días para combatir las inflamaciones crónicas. Más detalles acerca del empleo del calomel pueden leerse en la Revista Médica (Tomo VIII. núm. 6).

Infiltración corneal profunda.

(INTERSTICIAL, PARENQUIMATOSA.)

En esta forma de queratitis la infiltración ocupa las capas medianas y profundas de la córnea.

Todos los oculistas han podido comprobar su larga duración de meses y aun de años.

Repetir aquí su sintomatología sería por demás ocioso, dado el plan que nos hemos trazado. Tengamos sin embargo en cuenta que es una afección binocular, lo que nos hace presumir, que no es de origen local, sino que depende de un estado general. En efecto atribuido desde hace mucho tiempo por Mackenzie á la escrófula, le llamaba cornitis escrofulosa. El nombre de Hutchinson está íntimamente ligado á la historia de esta afección, pues fué el primero que la atribuyó á la sífilis hereditaria.

La triada de Hutchinson la constituyen la queratitis intersticial, las malformaciones dentarias y las perturbaciones del oído (generalmente sordera sin otitis que se observa en la heredo-sífilis).

Arlt distinguía una queratitis de origen escrofuloso

y otra de origen sifilítico. Según él, la inflamación del tractus uveal sería más común en la escrófula.

Mucho se ha discutido después si la queratitis intersticial podía tener otro origen que el sifilítico, habiéndose dividido las opiniones. Se comprende que esta investigación es sumamente dificil, como lo es comprobar la sífilis heredada, desde luego, porque los primeros en negarla son los padres, quienes no quieren tener el reproche de ser la causa de los padecimientos de sus hijos, y si algunas veces hay huellas bien marcadas de sífilis en los descendientes, otras es muy dificil encontrarlas, y sin embargo, no podemos tener la evidencia de que esa diátesis no exista.

Los dientes, órganos de origen ectodérmico, experimentan alteraciones en la sífilis hereditaria, señaladas por Jonathan Hutchinson. Los incisivos y los caninos son de pequeño volumen y en forma de cono truncado, la corona está escotada y la escotadura consiste generalmente en una concavidad que va del uno al otro lado del órgano. Puede haber escotaduras secundarias que dan al borde de la corona la forma de una V ó de una W. Los dientes sifilíticos son opacos, sombríos de color, pequeños, respecto al tamaño de los maxilares, de donde resulta que están separados los unos de los otros.

Es común, en efecto, encontrar la queratitis parenquimatosa á la vez que las anomalías de forma de los dientes descritas por Hutchinson, pero hay casos en los que no se ha encontrado otra señal de sífilis hereditaria y sí los signos clásicos de la escrófula.

Los prácticos europeos están conformes en que la es-

crófula puede originar la queratitis intersticial (léase por ejemplo á Galezowski y Daguenet). Entre los oculistas mexicanos, unos creen que esta enfermedad es con frecuencia de origen escrofuloso y otros que es debido á la diátesis sifilítica. Por nuestra parte, hemos observado en la clínica de ojos que el mayor número de casos que se han presentado son de origen sifilítico. Como ya dijimos anteriormente la palabra escrófula tiene una significación muy vaga y las enfermedades que antes se le atribuían se las comparten actualmente la sífilis y la tuberculosis.

PERIQUERATO-CONJUNTIVITIS EXUBERANTE.

Antes de terminar, pasaremos á ocuparnos de una enfermedad que es de mucha importancia, y que fué descrita por primera vez en México por el eminente y sagaz observador el Sr. Dr. Manuel Carmona y Valle. Esta enfermedad lleva el nombre de "Periquerato conjuntivitis exuberante." A fin de no incurrir en omisiones al exponer su cuadro sintomatológico lo transcribiré textualmente tomado de la Gaceta Médica (Tomo XXIX, pág. 217, año 93).

"La época de la vida en que se presenta mas frecuentemente es de los 5 á los 12 ó 14 años de edad; sin embargo se han visto personas de 20 y aun de 30 años atacados de esta enfermedad. Casi todos los pacientes son individuos debilitados y de constitución estrumosa.

"La inyección de los ojos es lo primero que llama la atención de los enfermos ó de las personas que los ro-

dean. Tienen poca molestia, ligera fotofobia y poco lagrimeo. Por este motivo, raras veces ocurren al médico cuando la enfermedad empieza y sólo cuando se convencen de la tenacidad del mal es cuando buscan el auxilio de la ciencia.

"Al examinar uno de estos enfermos, cuya enfermedad no está muy desarrollada, se nota que una parte del limbo de la córnea está cubierto por una especie de vegetación, situada en parte sobre la córnea y en parte sobre la conjuntiva, formando una saliente bastante perceptible y de color rojo amarillento. Pudiera compararse esta vegetación á un conjunto de pequeñas uñuelas de terigión; pero destituídas del cuerpo de la producción morbosa. Rara vez se verá esta afección limitada á una sola porción de la circunferencia de la córnea, pues en el mayor número de los casos se encontrarán producciones más ó menos avanzadas en todo el borde conjuntivo-corneal.

Cuando la afección ha llegado á su pleno desarrollo, se ve la córnea circundada por un rodete saliente de color rojo amarillento sucio, cuyo límite interno está formado por una línea opaca de color ligeramente blanquecino y que avanza más ó menos sobre la córnea confundiéndose con su capa epitelial. Por su borde externo este rodete recibe algunos vasos sanguíneos, que caminando sobre la conjuntiva se dividen y subdividen en pequeñísimos vasos y van á alimentar la vegetación querato-conjuntival.

"Es de notar que estos vasos conjuntivales parten desde el ecuador del ojo, y formando troncos gruesos no se dividen y subdividen sino al llegar al borde exter-

no de la vegetación, de donde resulta que la inyección de la conjuntiva no es verdaderamente intensa sino, en las inmediaciones del rodete querato-conjuntival.

"La presencia del anillo corneal y su coloración característica dan á estos ojos un aspecto tan especial, que pueden ser reconocidos á distancia.

"La marcha de esta enfermedad, es esencialmente lenta; y muchas veces pasan meses enteros sin que la afección se modifique. Cuando la vegetacion periquerática llega á desaparecer, el borde de la córnea queda más ó menos manchado, simulándose así un círculo senil prematuro. La enfermedad tiene una gran tendencia á reincidir, sobre todo cuando los pacientes no tienen constancia en seguir los medios terapéuticos ó cuando se abandonan y no siguen una higiene conveniente.

"Por fortuna, la vegetación periquerática raras veces avanza hacia el centro de la córnea; pero cuando tal cosa sucede, el círculo opaco del borde de la córnea es mucho más marcado y los ojos quedan bien defectuosos."

En la sesión de la Academia Nacional de Medicina del 19 de Diciembre de 1894, el Sr. Dr. Chacón presentó una memoria, en la que después de comparar la periquerato-conjuntivitis exhuberante con el pannus de la córnea, la queratitis esclerosante y el catarro conjuntival de Primavera (Frühjarkatarrh de los alemanes), hizo notar la gran semejanza que hay entre esta última enfermedad y la periquerato-conjuntivitis exuberante, siendo posible que cierto parentesco ó relación estrecha las uniese; y aunque esta idea fué impugnada en la misma Academia por el Sr. Profesor Ra-

mos, más tarde todos los oculistas, y el mismo Sr. Dr. Ramos, con su lealtad y honradez reconocidas, declararon estas semejanzas ciertas. Hoy se admite que la periquerato-conjuntivitis exuberante y el catarro de Primavera son una misma enfermedad, debiendose las diferencias sintomáticas observadas, á que los cambios de las estaciones no son en México tan marcados y tan bruscos como en Europa. Como prueba de esta semejanza daré aquí la descripción que hace Fuchs del catarro de Primavera.

"El Catarro de Primavera (Saemisch) es una afección crónica que dura años y produce alteraciones característicos, tanto en la conjuntiva del tarso como en la del bulbo. La conjuntiva del tarso está cubierta de papilas (así lo ha observado también el Sr. Dr. Chacón, en la conjuntivitis exuberante) que son anchas y aplastadas de tal manera, que la superficie de la conjuntiva se asemeja á un pavimento tosco é irregular.

"Sobre todo esto se extiende un velo delicado de tinte blanco azuloso, como si se hubiera echado una delgada capa de leche en su superficie. Las alteraciones que se observan en la conjuntiva del bulbo, aunque menos constantes, son mas notables. En efecto, del limbo se ven levantarse de los bordes interno y externo de la córnea, vegetaciones en forma de nudosidades gibadas y duras, de apariencia gelatinosa. Estas nudosidades pasan de un lado sobre la córnea transparente y de otro, más lejos aún, sobre la conjuntiva. Los vasos que se encuentran en la vecindad de estas nudosidades, están dilatados. A diferencia de la eflorescencia de la conjuntivitis linfática que se destruyen prontamente, es-

tas nudosidades no se ulceran jamás; son por el contrario muy persistentes, hasta el punto que á menudo resisten durante años sin modificaciones muy sensibles. Esta enfermedad se observa en los niños y en los jóvenes. Tiende mucho á reincidir."
