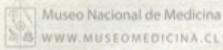


182



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*Influencia de los vicios de refraccion
i de la estroflexion de los puntos lagrimales
como causas de la conjuntivitis cronica.*

*Memoria de prueba para optar
al grado de Licenciado en la Facultad
de Medicina.*

Victor Komerz



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

*La Comision Acad. publica
la presente memoria.*



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Señores :

En el tratamiento de todas las enfermedades hai dos indicaciones principales que llenar : 1.º atacar la causa que las produce i que, por decirlo así, por si misma las constituye, comprendiendose en esto no solo los medios terapéuticos de que dispone la farmacia para el tratamiento de la mayor parte de las afecciones del cuerpo humano, ni las precauciones higienicas de la profilaxia médica, sino tambien la intervencion quirúrgica de la mano del cirujano inteligente; la 2.ª es la de atacar los sintomas mas alarmantes i peligrosos que se presentan en el curso de una enfermedad con el objeto de facilitar i aun estimular en muchos casos, la reaccion con que el organismo se opone a la accion de la causa mórbida, dejando obrar el médico aqui, únicamente las fuerzas de la naturaleza, que él trata solo de mantener en todo su vigor primitivo o de volverlo en caso en que ya hayan decaido bajo la accion debilitante i antivital de esa causa primitiva, faltandole del todo los medios para atacar el jermen i contrarrestar la causa de la enfermedad. ; Cuantas veces no hemos visto a médicos quedarse perplejos ante la tenacidad de un mal que ha resistido a todos los medios de tratamiento, que en vez de mejorar ha tomado de dia en dia, mayores proporciones, i el cual ha desaparecido despues



con el solo alejamiento de lo que lo producía, escapándose esto a la observación o al examen superficial de aquellos que por negligencia o por falta de conocimientos se habían encaminado en un vía falsa.

Voi a ocuparme, Señores, de esa conjuntivitis crónica que tiene por origen causas de las cuales algunas son aun poco conocidas, o muchas veces miradas en menos por la generalidad, i que, sin embargo, tienen una importancia capital bajo el punto de vista de su tratamiento i curación. Esta enfermedad es sumamente frecuente en todas las clases de la sociedad i trae en pos de si una serie de afecciones mucho mas graves, pudiendo hasta comprometer profundamente la facultad visual, si no es tratada a tiempo i de una manera racional.

Principiaré por la division i la etiología de las diversas formas de conjuntivitis, debiendo me por último en la de aquella que por sus causas i por su frecuencia en esta ciudad, me ha parecido digna de una particular atención.

Hai una afección de la conjuntiva caracterizada solo por una hiperemia permanente de sus vasos, sin que exista un verdadero proceso inflamatorio p. ej. la hiperemia de los dormilones, de los marineros, de los cateadores del desierto. Además existe otra hiperemia que no es mas que el principio de una inflamación consecutiva.

Las conjuntivitis se pueden dividir en dos grandes grupos: conjuntivitis superficiales i conjuntivitis profundas. En el primero, los productos de la inflamación se secretan en la superficie de la conjuntiva i segun su

naturaleza pueden dividirse en conjuntivitis catarral, purulenta, i crupal o membranososa; para el segundo grupo se distingue, segun la naturaleza de las alteraciones anatómicas operadas en la trama misma de la mucosa, una conjuntivitis difterica folicular, flictenoide i granulosa

La tentativa de clasificar las inflamaciones conjuntivales segun la naturaleza del producto secretado, su abundancia e inoculabilidad se abandonó desde que de Graefe demostró que toda inflamacion de la conjuntiva que secreta, es inoculable i transmisible, sin que por eso la forma transmitida sea necesariamente igual a la que ha suministrado el producto inoculable, es decir que la secrecion no presenta nada de específico

Como la hiperemia i la conjuntivitis catarral son mas que grados de una misma afeccion, que difieren únicamente por la intensidad con que se presentan los sintomas en la última i la presencia del producto inflamatorio en el conjunto de su etiología.

Numerosas son las causas que provocan la hiperemia conjuntival i el catarro simple, siendo esto la razon de su frecuencia; las pequeñas pestañas poco desarrolladas entretienen una lijera irritacion de la conjuntiva tomando una falsa direccion i dirijiendose hacia el globo del ojo; ciertas pestañas son pequeñas i finas, es facil que pase desapercibida esta causa de inflamacion.

Las glándulas de Meibornio infartadas, es decir llenas de una secrecion espesa por sales

calcareas, determinan igualmente la hiperemia de la conjuntiva; en igual caso se encuentran los cuerpos extraños i las partículas de polvo que quedan algun tiempo en contacto con la conjuntiva del tarso superior. Un aire viciado por la presencia de un gran número de personas en un mismo recinto, el humo del tabaco, las vigiliias prolongadas, la supresion parcial i súbita de las funciones de la piel por el frio, son frecuentemente causas de catarro. La jente ocupada en azufrar las viñas se ve amenudo atacada por esta enfer-

Muchas veces el catarro conjuntival parece ser un sintoma concomitante de un catarro de otras mucosas, i no es raro tampoco encontrarlo en las afecciones exantematosas, como en la viruela, escarlatina, alfombrilla, erisipela, acompañandore en este caso de una fotofobia intensa. Esta afeccion puede mostrarse tambien de una manera epidémica, como sucede con las afecciones catarrales de otras mucosas. Estas epidemias se notan todo durante los cambios bruscos de temperatura en primavera i otoño. En el mes de Febrero último tuvimos ocasion de observar aquí una epidemia de esta clase, como lo hará ver por medio de la estadística.

En los países pantanosos se ha observado una forma intermitente de estas irritaciones catarrales de la mucosa ocular.

Tambien debe darse importancia, como momentos causales, a las congestiones frecuentes de la cabeza, a un estado habitual de contipacion, a las perturbaciones del flujo menstrual, i a las perturbaciones de la época de la pubertad i

de la menopausa. A menudo la hiperemia de la conjuntiva no es mas que un fenómeno reflejo de una hiperemia de las membranas internas del ojo. Esto es lo que se observa en las personas frecuentemente expuestas a una luz artificial muy viva, a los rayos solares, o en las que trabajan largo tiempo sirviéndose de una luz artificial muy debil.

Cuando el catarro se limita a un solo ojo, debe fijarse en dos cosas principalmente, primero, en la presencia de un cuerpo extraño que puede haberse deslizado al saco conjuntival o detenido en algún pliegue de la mucosa; i en segundo lugar se examinará los conductos lacrimales para ver si están obstruidos i ser esto el punto de partida del catarro. La inflamacion de la pituitaria puede comunicarse a la conjuntiva por intermedio de las vias lacrimales. Es de notar que las personas atacadas una vez de la oftalmia catarral estan muy expuestas a contraerla de nuevo por la menor causa, i que muchas tienen una predisposicion especial para ello.

La tierra i el polvo salitroso en la provincia de Tarapacá favorecen singularmente el desarrollo de esta afeccion, como puede notarlo durante la última campaña de nuestros ejércitos en esas regiones.

Por último llego a los dos puntos o causas de la afeccion que me ocupa, cuya exposicion i tratamiento van a ser el objeto principal de este trabajo i son: la estroflexion de los puntos lacrimales inferiores, i los vicios de refraccion de los medios transparentes del globo ocular. Estas dos anomalias que traen en pos de si inflamaciones de la conjuntiva i

diversas alteraciones de las vías lacrimales, son generalmente pasados por alto por los diversos autores, apesar de la frecuencia con que representan i la facilidad relativa de su tratamiento, como trataré de demostrar, lo con algunas observaciones hechas en la clinica oftalmológica del Dr. Mazzei.

La influencia de los vicios de refraccion sobre las afecciones de la conjuntiva i las de las vías lagrimales solo han sido demostradas pocos años ha, siendo el Dr. Badal de Paris, uno de los primeros que se ocupó del asunto, i cuya "Clinica oftalmológica" me ha servido para tomar algunos datos.

La hipermetropia, que es un vicio de construccion del globo ocular, i consiste en que el diámetro antero-posterior es de menores dimensiones que el del ojo normal, exige un esfuerzo escarado i continuo del aparato de acomodacion aun en la vision a lo lejos, para compensar el déficit de la refraccion estática, encontrándose aquel en un estado de contraccion permanente, la cual altera la circulacion en los vasos del globo ocular, que se propaga poco a poco por intermedio de los tejidos vecinos a la mucosa conjuntival i de las vías lagrimales, existiendo entonces la hiperemia, solo falta que una causa fortuita, una fatiga excesiva de la vision, impresion de frio humedo etc, venga a agregar su influencia conjuntiva a la de la astenopia, para que se produzca o un catarro o la obliteracion de las vías lagrimales con el lagrimeo i sus consecuencias. Para el Dr. Badal, en estos casos, el detenimiento del curso de las lagrimales, los accidentes inflamatorios i las alteraciones orgánicas

que son sus consecuencias, reconocen como punto de partida el simple hinchamiento de la mucosa que tapiza las vias de excrecion, por efecto de su estado congestivo, que a su vez es la consecuencia necesaria del exceso de trabajo impuesto al musculo ciliar para llenar el deficit de la refraccion estatica.

Las hipermetropias de grado medio son las que se acompañan lo mas a menudo de estas complicaciones i es facil la explicacion: siempre que la falta de refraccion es considerable suceden dos cosas, o bien el enfermo se aplica con tiempo a los cuidados del oculista, i corrige su astenopia por medio de lentes, o bien no reclama los recursos del arte, i no pudiendo acomodar su ojo lo suficiente para tener una vision neta de los objetos, concluye por renunciar del todo a ello i leer o trabajar como los miopes, relajando enteramente su aparato acomodador i sacrificando la claridad a la magnitud de las imajenes.

En la miopia, que es lo contrario de la hipermetropia, ya no es la fatiga del musculo ciliar sino la del recto interno, lo que es el punto de partida de los accidentes. A causa de la minima distancia a que se encuentra el punctum remotum en el ojo, la converjencia en que necesitan estar los ejes opticos de ambos ojos para la vision clara i binocular es excesiva i exige las contracciones continuas i fatigantes del recto interno; i lo que prueba esto mejor es que en semejantes casos la miopia observada siempre es considerable. El mecanismo de la hiperemia en este caso es el mismo que en el caso anterior, es decir un obstaculo a la circulacion.

La anisometropia o diferencia entre el poder refractor de ambos ojos, desempeña igualmente un papel importante en la producción de las enfermedades de la conjuntiva i vías lagrimales. La diferencia de refracción en estos casos es siempre pequeña, pues, como se sabe, la vision binocular solo es posible en la anisometropia cuando la diferencia de un ojo al otro no es considerable; en el caso contrario uno de los ojos es excluido de la vision, o bien uno sirve para ver lejos i el otro para ver de cerca. Cuando hai poca diferencia, para obtener una vision distinta, el trabajo del aparato de acomodacion debe ser necesariamente desigual para ambos ojos, produciendose la fatiga de aquel que en la vision de cerca necesita desplegar el mayor esfuerzo; es decir si los dos ojos son hipermetropes en grados desiguales, el que lo es mas es amenudo el único afectado.

Esta clase de enfermos se quejan rara vez de su vista. Lo que los preocupa sobretodo es el lagrimeo i sus consecuencias, la astenopia, que facilmente se puede constatar por el interrogatorio, es atribuido naturalmente a la afeccion de que ellos se creen afectados i aun los cirujanos han incurrido amenudo en este error, prestando toda su atencion a los sintomas evidentes i palpables de la enfermedad, en vez de atender a la causa primitiva de los accidentes. Muchas blefaritis ciliares, conjuntivitis crónicas, chalazion, orzuelos, ectropions no tienen otro origen.

Segun el Dr. Radal un 55% de las afecciones de las vías lagrimales, tienen su punto de partida en la fatiga de la acomodacion, es decir, del

músculo ciliar, que está ligado en todos los casos a un vicio de construcción del aparato refringente del ojo; i la anomalía que mas influencia tiene en la producción de esas afecciones es la hipermetropía de grado ligero por los causas que ya hemos expuesto.

La influencia de la miopía es mucho menor, pues ella no produce astenopia acomodativa a causa de que la refracción esférica basta.

Enfin la presbiopía o pérdida de la facultad de acomodación, la diferencia del grado de refracción de ambos ojos (anizometropía) o entre los diferentes medios de un mismo ojo (astigmatismo) figuran en las tablas estadísticas, como causas de las inflamaciones conjuntivales, en la proporción de un 15% mas o menos.

El segundo punto que merece una atención especial como causa eficiente de las afecciones que provienen de la excreción incompleta de la secreción de la glándula lacrimal, es la extraflexión de los puntos lagrimales. Para comprender toda la importancia que esta anomalía al parecer tan secundaria tiene en la producción de aquellas afecciones, entrará a hacer una corta (véase pag. 10)



descripción del mecanismo de la secreción lagrimal, sirviendo me de base una interesante memoria del Dr. Maggi sobre la curación de las enfermedades del saco lagrimal, publicada en el 2.º tomo de la Revista Médica de Chile.

Los órganos excretores de las lágrimas empiezan por los puntos lagrimales, los cuales limitan en el ángulo interno del ojo, la región en que se encuentran las glándulas de Meibomio, estando situados, como los orificios de estas en la cresta posterior del borde palpebral, aplicados exactamente sobre la conjuntiva bulbar, de tal manera que mirando un ojo normal de frente no es posible divisarlos sino solo deprimiendo i separando el párpado (hablo del inferior) del globo ocular por una ligera tracción ejercida de arriba abajo con el pulgar o el índice. Consisten de un tejido contractil i son por esto capaces de espasmo, forman el orificio externo de los canales lacrimales que están sumergido en las fibras del muscúlo de Horner. Estos se dirijen, el inferior desde luego hacia abajo i el superior hacia arriba, i formando en su parte concavidad mira hacia la cavícula en dirección hacia el ángulo palpebral interno, donde generalmente se fusionan en un conducto único i corto el cual desemboca en la pared externa fibrosa del saco lagrimal. Están formados de un tejido bastante consistente de manera que quedan abiertos al cortar los al travez (Hytel).

El saco lagrimal está situado hacia el ángulo palpebral interno, en el canal lagrimal, que está formada en su mayor parte por el unguis i limitado hacia atrás por la cresta de este hueso; hacia adelante por la cresta lagrimal anterior que pertenece al hueso de la apófisis ascendente del

maxilar superior, i se continua hacia abajo con
 el canal nasal. El surco o fosa lacrimal está
 completado hacia afuera por una lámina fibrosa
 que lo convierte de esta manera en una cavidad
 que por arriba termina en un fondo de saco,
 formando así el saco lacrimal. Desde esa lámina
 fibrosa i de la cresta lacrimal del ángulo parte
 un manojito de fibras musculares que dirijiéndose
 oblicuamente hacia adelante, cruza la pared externa
 del saco dividiéndose en dos hacesillos que en-
 vuelven los canales lacrimales i van a confundirse
 con las fibras del orbicular que terminan en el
 borde palpebral. La parte osea del saco i del canal
 nasal están revestidos por un perivosteo muy tenue,
 i tapizados por una mucosa de epitelio cilindrico,
 la cual sobresale un tanto i hace papel de válvula
 en el orificio inferior del canal nasal que es formado
 a manera de pico de flauta; esta válvula hace
 que el aire de las fosas nasales, aunque esté
 bajo una presión bastante alta, no pueda pene-
 trar al canal nasal.

El músculo orbicular de los párpados se inserta
 en el ángulo interno del ojo en el ligamento pal-
 pebral interno i en la apófisis ascendente del
 maxilar superior, i describiendo un círculo
 al rededor de la órbita va a terminar en parte
 en el mismo ligamento palpebral interno i en
 parte en el tercio interno del borde infraorbita-
 rio. Consiste de dos manojos, uno externo que
 por su contracción solo pliega la piel de los alre-
 dedores de la órbita en arrugas converjente, i otro
 mas interno, llamado tambien músculo ciliar
 de Píolani, comprendido en el espesor de los pár-
 pados i encargado de su oclusión, la cual no
 se hace simultaneamente en toda la extensión
 de la hendidura palpebral, sino de un modo

progresivo desde el ángulo externo hacia el interno, de tal manera que el líquido de las lágrimas es rechazado necesariamente desde el ángulo externo, donde desembocan los conductos excretores de la glándula lacrimal, hacia el lugar donde se encuentran los puntos lacrimales, que a su vez en cada parpadeo se sumergen en el líquido reunido en el ángulo interno i absorben una parte de él, pues la contracción simultánea del músculo de Horner, que a la vez que los aplica de una manera mas íntima a la conjuntiva, por la acción del manojito que se inserta en la pared fibrosa del saco, ^{afuera} atrae hacia ^{afuera} aumentando así la capacidad de esa cavidad, lo cual, produciendo una tendencia al vacío, hace que las lágrimas penetren como por aspiración en los orificios pequeños pero rígidos de los puntos lacrimales, haciéndolas avanzar hasta el mismo saco, de donde siguen su camino hacia las foras ^{nales} a merced de su propio peso.

Dicho esto, se comprende perfectamente, que si por una causa cualquiera los puntos lacrimales o uno de ellos (generalmente el inferior) se separa un tanto de la conjuntiva, ^{hacer} no alcanza a sumergirse en el líquido lacrimal, la absorción solo se hará por el superior, quedando un exeso de lágrimas en la hendidura palpebral, ^{la cual} rebosan de los párpados i se derraman por encima del borde libre, constituyendo el lagrimeo.

En estos casos de entreflexión de los puntos lacrimales, el párpado está en perfecto contacto con el ojo, o no se aleja de él, sino en ciertas posiciones, como cuando el ojo se dirige hacia arriba. La prominencia en cuyo ^{vertice} está colocado el punto lacrimal, falta, i se ve en su lugar una superficie cutánea,



aplastada i redondeada sobre la cual se aper-
cibe, a cierta distancia de la superficie mucosa
del párpado, el orificio del punto lagrimal seco i
contraído, no encontrándose nunca en contacto
con las lágrimas.

A consecuencia de esta desviacion i el continuado
contacto con el aire, de la superficie mucosa de la
cara interna del punto lagrimal, esta pierde
sus caracteres normales i se hace cutánea; las
lágrimas se estancan al nivel de la carúncula
i se derraman por sobre el borde ciliar. La explora-
cion por medio de la sonda no demuestra en
estos casos ni una obstruccion de los puntos, ni
una estrechez de los conductos lagrimales, o del canal
nasal. La consecuencia inmediata de este estanca-
miento de las lágrimas es la escoriacion del borde
ciliar i de los ángulos palpebrales, que con el
tiempo i por la permanencia de la causa se
transforma despues en una verdadera blefaro-
conjuntivitis. Los vasos de la conjuntiva están
inyectados i por las mañanas hai una fotofobia
bastante marcada, el enfermo tiene la sensacion
de círculos irizados delante de la cornea. El borde
del párpado inferior se escoria i su ulceracion
crónica produce un engrosamiento del tejido
subconjuntival, lo que hace que se repase del
globo ocular, aumentando a veces la flacidez del
párpado hasta el punto de simular un verdade-
ro ectropion. En el fondo del saco inferior se
observan pequeñas eminencias formadas por
los folículos cerrados sumefactos i las papilas
hipertrofiadas de la conjuntiva.

Mr. Bowman ha señalado dos causas de esta
desviacion del punto lagrimal: una es una ligera
inflamacion crónica de la porcion de la conjuntiva

que rodea el punto lagrimal, lo que determina el espesamiento de sus paredes por el infarto de los tejidos que los forman i produce su entreflexion consiguiente; la otra es una inflamacion crónica del párpado inferior por efecto de la cual sobreviene una retraccion poco pronunciada pero jeneral, que atrae el punto lagrimal hacia afuera

Ademas se pueden señalar como causas de esta afeccion la laxitud o falta de elasticidad de los tejidos del párpado inferior producidas sea por la edad; sea inflamaciones repetidas de esta parte, por lo cual se producen un entrofron solo notable en los movimientos del ojo hacia arriba; un enflaquecimiento notable la puede producir tambien, pues el párpado inferior no sigue el movimiento del globo ocular hacia atras porjirado por la disminucion del paquete adiposo retroocular. La paresis del 7.º par puede tambien ser una de las causas.

Sin entrar en mas detalles sobre la anatomia patológica, sintomas i marcha de esta blefarconjuntivitis, que son demasado conocidos, pasare a ocuparme únicamente del tratamiento de esta afeccion con relacion a esa causa especial.

La indicacion racional para la curacion de esta afeccion es dar al exeso de lágrimas un libre camino de entrada al saco lacrimal i evitar asi la causa de la continua irritacion de la conjuntiva i párpado inferior; esto se consigue por la incision del canal lacrimal inferior, trasportando de esta manera su orificio, es decir el punto de absorcion de las lágrimas a la superficie de la conjuntiva que tapiza la cara posterior del párpado inferior, aunque un poco mas cerca del ángulo interno del ojo.



Para hacer esta pequeña operacion se sirve del cuchillo de Bowman, cuya lámina, que es recta, tiene una longitud de 30 m.m. por un ancho de $1\frac{1}{2}$ m.m., termina en su extremidad por un pequeño vástago encorvado ligeramente en sentido del borde cortante del instrumento i que a $1\frac{1}{2}$ m.m. de este termina en un boloncito redondeado. Para el ojo izquierdo se toma el cuchillo con la mano derecha, para el derecho el operador se coloca por detras del enfermo en caso que no sea ambideatro, i colocandolo delante del ojo en una posicion casi vertical, de manera que el filo mire hacia el ángulo externo del ojo, manteniendo al mismo tiempo el párpado inferior fijo i un poco vuelto hacia afuera por medio del pulgar e índice de la mano libre, se introduce el extremo abotonado en el punto lagrimal ejerciendo una ligera presion de arriba abajo; hecho esto se le da un movimiento de rotacion inclinandolo al mismo tiempo hacia abajo i un poco hacia el cuerpo del operador, i haciendo que el filo del cuchillo mire hacia el globo ocular se le introduce empujandolo de fuera adentro i un poco de abajo arriba i de delante atras, en el canal lacrimal. Hecho este segundo tiempo de la operacion, se levanta el mango del instrumento dandole un movimiento de palanca, para acercarlo otra vez a la posicion vertical, dirijiendo la incision, en cuanto lo permite la eminencia supraciliar, hacia el globo del ojo.

Los cuidados correctivos consisten únicamente en evitar que se vuelvan a unir los bordes de la incision, lo que muy facilmente sucede reparandolos diariamente por medio de una sonda de plata. El canal lacrimal queda así convertido en un surco que da a las lágrimas

una libre entrada al saco, lo que hace desaparecer el lagrimeo. Otros ejecutan esta operacion con la ayuda de un pequeño estilete acanalado que sirve para guiar el instrumento costante. No deja ninguna deformidad en pos de si i conviene no solo en los casos que he descrito sino tambien en aquellos en que el ectropion, habiendo sido curado por los procedimientos ordinarios, el punto lagrimal queda aun un poco desviado o rodeado de un tejido cuya estructura se encuentra alterado de una manera irremediable.

Para mostrar cuan tenaz i rebelde es esta afeccion a un tratamiento mal dirigido voy a hacer la relacion de un caso bastante interesante. La señora N. N. de 40 años de edad, se vio afectada repentinamente hace dos años, a consecuencia de un enfriamiento de un lagrimeo del ojo izquierdo, que, produciendo con el tiempo un estado inflamatorio de la conjuntiva, la incomodaba cada dia mas. Consultó al fin un oculista de esta ciudad que la trató durante un año, empleando diferentes medios sin que el mal disminuyera en lo menor, pues la inflamacion no cedió ni a las cauterizaciones de nitrato de plata, de sulfato de cobre, ni a las repetidas escarificaciones de la mucosa. Otro médico que fué consultado en seguida, i que dirigió el tratamiento despues, no fué mas feliz que el primero; al contrario, la inflamacion aumentó i se desarrolló un verdadero ectropion; los folículos i las papilas de la mucosa se hipertrofiaron, tomando la conjuntiva un aspecto verdaderamente tracomatoso; la enferma se encontraba imposibilitada para todo trabajo, pues el

desarrollo de úlceras corneales consecutivas a la inflamación conjuntival habiéndose producido una fotofobia considerable i molesta.

En este estado consultó la enferma al oculista Dr. Mazzei que examinando el ojo enfermo vió que lo que producía todo el mal era una desviación de los puntos lagrimales, i propuso la operación de Bowman, la cual una vez ejecutada no tardó en producir sus efectos favorable, pues, restablecido el curso de los lagrimos, las úlceras de la cornea desaparecieron por sí solas, i el edropion poco a poco se retrajo mediante una solución debilmente astringente i deterjiva de 5 gramos de nitrato de plata por 15 gramos de agua destilada, que se aplicó dos o tres veces por semana, neutralizando el exeso del medicamento que quedaba en la mucosa por una solución de cloruro de sodio aplicado por medio de un pincel. Por este sencillo tratamiento seguido durante dos meses, el ojo se encuentra actualmente casi en su estado normal, quedando solo una ligera hiperemia conjuntival que sin embargo disminuye considerablemente de día en día.

Concluiré con un pequeño cuadro estadístico de las conjuntivitis observadas en la dispensaria del Hospital de San Juan de Dios desde Setiembre del año pasado hasta Abril del presente:



Cuadro Estadístico

Meses.	1880				1881				Enero	Febrero		Marzo		Abril		Suma	
	Setiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre			H.	M.	H.	M.	H.	M.		H.
Sexos	Homb.	Mujer.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	
Conjuntivitis catarral aguda	1	7	11	16	13	24	7	22	22	34	19	35	12	26	7	17	273
" " crónica	1	6	3	20	3	20	5	11	2	13	4	28	5	15	-	6	142
" flictenoide	3	-	4	8	3	7	3	5	2	2	1	6	4	2	1	3	54
" escleromática	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
" escrofulosa	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Oftalmia purulenta	-	-	-	-	-	-	2	1	-	1	-	1	1	3	-	-	10
" hemorrájica	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Tracoma	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2

Como se ve el número de conjuntivitis crónicas que se presentaron durante los ocho meses es de 142, de las cuales 119 en mujeres.

La ectroflexion de los puntos lagrimales se observó 36 veces en los 142 casos como causa de la afeccion que me ocupa, es decir en un 25% mas o menos.

La operacion de Prowman fué practicada en todos ellos i siempre con buen éxito, viendo de advertir que de las 36 veces 26 veces la operacion fué bilateral. —

Conclusiones: 1.º Los vicios de refraccion de los medios del ojo ocupan una proporcion de un 55% como causa de las afecciones de la conjuntiva i vias lacrimales (Bardal)
2.º Hai necesidad de un examen oftalmoscópico detenido i de la mensuracion exacta del poder refrinjente de los medios transparentes del ojo en toda afeccion inflamatoria o catarral de la conjuntiva i vias lagrimales, que no tiene una causa claramente

demostrable.

3.º El tratamiento racional de esta afección consiste en el uso de anteojos apropiados, tratando de remediar en seguida los síntomas secundarios: consecutivos por los medios ordinarios.

4.º Un 25% de las blefarocconjuntivitis crónicas es causado por la ectoaflexión de los puntos lagrimales.

5.º Esta afección no siempre es tan fácil de reconocer como a primera vista parece.

6.º El tratamiento es la operación de *Basson* tal como la he descrito, la cual siempre da un resultado satisfactorio.

7.º Es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre. —

Víctor Körner

Santiago, Abril 10 de 1881

