

19 abril 1888

228

Señores,
F. C. Guldemont

Al entrar en una sala donde se trata afecciones oculares, lo que desde luego llama la atención, es el número considerable de enfermos que se presentan con afecciones flictenulares de la conjuntiva i de la córnea.

Esta gran frecuencia, i por consiguiente la alta importancia de conocer bien i de saber aplicar un tratamiento conveniente a esta enfermedad, que se encuentra diariamente en la práctica, sobre todo en los lugares donde no hai secciones especiales para las enfermedades de la vista, me han decidido a tomarla como objeto de esta memoria.

Ante todo la gratitud me obliga a manifestar que el Doctor Camó me ha facilitado mucho el trabajo, por medio de las lecciones prácticas que con tanta benevolencia me ha dado en la Dispensaria del hospital de San Juan de Dios.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Afecciones flictenulares de la conjuntiva i cornea.

Comenzaré por dar algunos ^Idatos estadísticos de los enfermos tratados en la Dispensaria del Hospital San Juan de Dios de esta ciudad, durante el transcurso del año de 1882 i principios de 1883.

1882.

Enero.

Sobre un total de 239 enfermos de afecciones oculares examinados por primera vez en dicha Dispensaria habia:

con afecciones flictenulares 33, de los cuales:

hombres 9, mujeres 24.

Edad de estos enfermos:

Menores de 2 años	- de 2 a 7 años	- de 7 a 15	- de 15 a 21	- mayores de 21
4.	11	8	3	7.

Febrero.

Total de enfermos de afecciones de la vista 263.

De estos, enfermos de afecciones flictenulares 39.

De los cuales: hombres 16, mujeres 23.

Edad:

Menores de 2 años	- de 2 a 7.	- de 7 a 15	- de 15 a 21	- mayores de 21.
2	11	13	3	10.

Marzo.

Total de enfermos de afecciones de la vista: 188

De estos, con afecciones flictenulares: 28

De los cuales: hombres 7, mujeres 21

Edad

Menores de 2 años	- de 2 a 7	- de 7 a 15	- de 15 a 21	- mayores de 21
3	7	6	3	9

Abril.

Total de enfermos de afecciones de la vista: 128.

2

De éstos, de afecciones flictenulares: 15

De los cuales: hombres 4, mujeres 11

Ciudad

Menores de 2 años - de 2 a 7 - de 7 a 15 - de 15 a 21 - mayores de 21

3

2

3

2

5

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Mayo.

Total de enfermos de afecciones oculares: 170

De éstos, de afecciones flictenulares: 30

De los cuales: hombres 9, mujeres 21

Ciudad

Menores de 2 años - de 2 a 7 - de 7 a 15 - de 15 a 21 - mayores de 21

6

6

9

2

7

Junio.

Total de enfermos de la vista: 132

De éstos, de afecciones flictenulares: 18

De los cuales: hombres 7, mujeres 11

Ciudad

Menores de 2 años - de 2 a 7 - de 7 a 15 - de 15 a 21 - mayores de 21

0

5

6

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Julio

Total de enfermos de la vista: 157

De éstos, de afecciones flictenulares: 16

de los cuales: hombres 5, mujeres 11.

Ciudad

Menores de 2 años - de 2 a 7 - de 7 a 15 - de 15 a 21 - mayores de 21

1

7

5

2

1

Agosto.

Total de enfermos de la vista: 193

De éstos, de afecciones flictenulares: 33

De los cuales: hombres 16, mujeres 17.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Edad

menores de 2 años - de 2 a 7. - de 7 a 15 - de 15 a 21 - mayores de 21
6 12 8 4 3

Setiembre.

Total de enfermos de la vista : 159

De éstos, de afecciones flietenulares : 33

De los cuales : hombres 8, mujeres 25

Edad

Menores de 2 años - de 2 a 7. - de 7 a 15 - de 15 a 21 - mayores de 21
9 11 5 3 5

Octubre.

Total de enfermos de la vista : 213

De éstos, de afecciones flietenulares : 41

De los cuales : hombres 15, mujeres 26

Edad.

Menores de 2 años - de 2 a 7. - de 7 a 15 - de 15 a 21 - mayores de 21
1 14 16 4 6

Noviembre

Total de enfermos de la vista : 230

De éstos, de afecciones flietenulares : 54

De los cuales : hombres 20, mujeres 34

Edad

Menores de 2 años - de 2 a 7. - de 7 a 15. - de 15 a 21 - mayores de 21
4 22 11 10 7

Diciembre.

Total de enfermos de la vista : 208

De éstos, de afecciones flietenulares : 38

De los cuales : hombres 20, mujeres 18

Edad

Menores de 2 años - de 2 a 7 - de 7 a 15. - de 15 a 21 - mayores de 21
4 13 11 4 6

1883.

Enero.

Total de enfermos de la vista: 244

De estos de afecciones flietenulares: 57

De los cuales; hombres 20, mujeres 37.

Edad

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Menores de 2 años... de 2 a 7 - de 7 a 15. - de 15 a 21. - mayores de 21.

4

16

13

10

14



Museo Nacional de Medicina Febrero.

Total de enfermos de la vista: 141

De estos, de afecciones flietenulares: 19.

De los cuales: hombres 3, mujeres 16.

Edad

Menores de 2 años... de 2 a 7 - de 7 a 15. - de 15 a 21. - mayores de 21.

1

1

5

4

8

Como se ve por estos datos, que se refieren a un total de 454 enfermos, el mes en que se han observado mayor número de casos es Noviembre, por el año 1882, con 54 casos. Por el contrario el mes en que se presentaron menor número de casos es Abril con solo 15.

En cuanto a las diversas épocas del año, he aquí lo que se ha observado: Los meses de calor han permitido observar el mayor número de casos, pues hai un total de 164 sumando los casos que se han presentado en Noviembre, Diciembre, Enero i Febrero. Los meses frios han producido una disminucion notable en el número de enfermos de conjuntivitis flietenular que se han presentado, pues el total para los meses Mayo, Junio, Julio i Agosto es solo de 97. Los meses de tiempo variable han permitido observar un número de casos mayor que los 4 meses de calor ^{frio} pero menor que los 4 meses de calor; pues sumando los casos que se han presentado durante los meses de Marzo, Abril,

Setiembre i Octubre se llega a un total de 117.

De estos datos fluye tambien evidentemente que el sexo femenino es el mas predispuesto, puesto que: sobre un total de 378 casos observados en 1882, hai hombres 136 i mujeres 242, i sobre un total de 76 casos observados en Enero i Febrero de 1883, hai hombres 23 i mujeres 53. En todo sobre ⁴⁵⁴ 576 casos ha habido hombres 159 i mujeres 295, o sea cerca del doble de mujeres que de hombres.

De los cuadros anteriores tambien se desprende que la edad mas predispuesta es la niñez; que es un poco mas frecuente de 2 a 7 años que de 7 a 15; que tambien es bastante frecuente de 15 a 21 años, i muy rara en los niños de pecho, i en los adultos mayores de 21 años. En efecto sobre el total de 454 casos observados hai: niños de 2 a 7 años, 138; de 7 a 15 años 119; de 15 a 21 años, 55; menores de 2 años, 48; adultos de toda edad, 94.

En cuanto a la frecuencia relativa de las afecciones flietenu-lares, con las conjuntivitis catarrales, heila aqui segun la estadística de la misma Dispensaria:

1882

Enero.

Conjuntivitis catarrales: 65.

Afecciones flietenu-lares: 33

Febrero

Conjuntivitis catarrales: 64

Afecciones flietenu-lares: 39

Marzo.

Conjuntivitis catarrales: 26

Afecciones flietenu-lares: 28

Abril.

Conjuntivitis catarrales: 30

Afecciones flietenu-lares: 15.

Mayo.

Conjuntivitis catarrales: 40

Afecciones flictenulares: 30

Junio

Conjuntivitis catarrales: 21

Afecciones flictenulares: 18

Julio

Conjuntivitis catarrales: 32

Afecciones flictenulares: 16

Agosto.

Conjuntivitis catarrales: 30

Afecciones flictenulares: 33

Setiembre.

Conjuntivitis catarrales: 41

Afecciones flictenulares: 33

Octubre.

Conjuntivitis catarrales: 54

Afecciones flictenulares: 41

Noviembre

Conjuntivitis catarrales: 58

Afecciones flictenulares: 54

Diciembre

Conjuntivitis catarrales: 66

Afecciones flictenulares: 38

1883.

Enero.

Conjuntivitis catarrales: 58

Afecciones flictenulares: 54

Febrero.

Conjuntivitis catarrales: 43

Afecciones flictenulares: 19.

Por consiguiente las afecciones simplemente catarrales han sido en todos los meses mas abundantes que las lesiones flictenulares.

excepto en el mes de febrero 1882, en que se presentaron 28 casos de conjuntivitis flictenulares, con o sin participacion de la córnea, i solo 26 casos de afecciones catarrales; i el mes de Agosto del mismo año con 33 casos de afecciones flictenulares i solo 30 de inflamaciones catarrales. A pesar, pues, de la opinion contraria de casi todos los autores, que admiten que la conjuntivitis flictenular es mas frecuente que la catarral, la cifra total de afecciones catarrales para el año 1882 i principios de 1883, 628, excede en mucho el total de afecciones flictenulares, 454, que se han presentado en el mismo periodo.

Es de advertir que en estos datos se trata solamente del número absoluto de los enfermos que se han curado en la Dispensaria, sin contar las veces que han vuelto durante el tiempo que ha durado su curacion.

He aqui algunas cifras que pueden dar una idea del número de enfermos de afecciones flictenulares, que se presentan diariamente en la Dispensaria, tomando tambien en cuenta los que se presentan repetidas veces para curarse.

1883.

Enero 30. 1. Conjuntivitis flictenular izquierda, ojo izquierdo.
3. Conjuntivitis flictenulares dobles.
2. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

Total 6

Enero 31. 4. Conjuntivitis flictenulares dobles.
1. Conjuntivitis flictenular, ojo izquierdo.
4. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles.
1. flictena ulcerada en el limbus ojo izquierdo.
1. Querato-conjuntivitis flictenular doble, con ulceracion en la córnea izquierda.
1. Queratitis flictenular ojo izquierdo.

Total 12.

Febrero 1. 5. Conjuntivitis flictenulares dobles
2. Querato-conjuntivitis dobles

1. Flictena corneal ojo derecho.

total 8.

Febrero 2. 5. Conjuntivitis flictenulares dobles

1 Querato-conjuntivitis flictenular doble

total 6.

Febrero 3. 3 Conjuntivitis flictenulares dobles

1 Conjuntivitis flictenular, ojo izquierdo

4 Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

1 Queratitis flictenular, ojo izquierdo

total 9.

Febrero 6. 4. Conjuntivitis flictenulares dobles

1 Conjuntivitis flictenular ojo derecho

2 Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

total 7.

Febrero 7. 1 Ulcera conjuntival por flictena

3 Conjuntivitis flictenulares dobles

1 Querato-conjuntivitis flictenular ojo izquierdo

total 5.

Febrero 8. 4. Conjuntivitis flictenulares dobles

1 Querato-conjuntivitis flictenular doble

total 5.

Febrero 9. 3 Conjuntivitis flictenulares dobles

1 Conjuntivitis flictenular ojo derecho.

1 Querato-conjuntivitis flictenular doble

total 5.

Febrero 10. 1. Querato-conjuntivitis ojo izquierdo

2. Conjuntivitis flictenulares ojo izquierdo

1. Conjuntivitis flictenular doble.

total 4.

Febrero 12. 2. Querato-conjuntivitis flictenulares ojo izquierdo

1 Querato-conjuntivitis flictenular ojo derecho

2 Conjuntivitis flictenulares, ojo izquierdo

total 5.

Febrero 13. 1. Conjuntivitis flictenular doble

1. Querato-conjuntivitis flictenular doble con pannus
ojo derecho.

2. Conjuntivitis flictenularis ojo izquierdo.

total 4.

Febrero 14. 1. Querato-conjuntivitis flictenular doble

2. Conjuntivitis flictenulares dobles

2. Conjuntivitis flictenulares, ojo izquierdo.

total 5.

Febrero 15. 1. Querato-conjuntivitis flictenular con pannus ojo derecho

1. Conjuntivitis flictenular doble

3. Conjuntivitis flictenulares, ojo izquierdo

1. Querato-conjuntivitis flictenular con pannus,
ojo izquierdo

1. Querato-conjuntivitis flictenular doble con
nube'ulas, ojo izquierdo.

1. Flictena ulcerada de la conjuntiva ojo izquierdo

total 8.

Febrero 16. 3. Queratitis flictenulares 2. dobles

1. Queratitis flictenular ojo izquierdo

2. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

1. Conjuntivitis flictenular doble

2. Conjuntivitis flictenulares ojo derecho.

total 9.

Febrero 17. 2. Conjuntivitis flictenulares dobles

1. Flictena ulcerada de la cornea izquierda

1. Querato-conjuntivitis flictenular doble con úlcera
de la cornea derecha

1. Flictena ulcerada de la conjuntiva derecha

1. Conjuntivitis flictenular, ojo derecho

total 6.

Febrero 19. 4. Querato-conjuntivitis flictenular doble

1. Flictena ulcerada de la cornea ojo izquierdo



1. Conj. flictenular, ojo izquierdo. Querato-conjuntivitis flictenular ojo derecho.

3. Conjuntivitis flictenulares dobles

1. Querato-conjuntivitis flictenulares ojo izquierdo con hiperemia del iris.

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo derecho. Conjuntivitis catarral ojo izquierdo. Triquiasis del párpado inferior doble

total 11.

Febrero 20. 2. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles.

1. Flictena periquirática ulcerada con pannus, ojo derecho.

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo derecho.

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo izquierdo.

1. Flictena ulcerada conjuntiva izquierda.

total 6.

Febrero 21. 3. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo izquierdo

3. Querato-conjuntivitis flictenulares ojo derecho.

1. Conjuntivitis flictenular doble

1. Conjuntivitis flictenular ojo derecho.

total 9.

Febrero 22. 2. Conjuntivitis flictenulares dobles

1. Conjuntivitis flictenular ojo izquierdo

3. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles.

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo izquierdo.

total 7.

Febrero 23. 3. Conjuntivitis flictenulares dobles

2. Conjuntivitis flictenulares ojo izquierdo

2. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo izquierdo

total 8.

Febrero 24. 1 Queratitis flictenular ojo derecho
3 Querato-conjuntivitis flictenulares dobles
2 Conjuntivitis flictenulares dobles
1 Conjuntivitis flictenular ojo derecho.

Total 7.

Febrero 26. 1 Queratitis flictenular doble
2 Querato-conjuntivitis flictenulares dobles
3. Conjuntivitis flictenular doble.

Total 6.

Febrero 27. 1 Queratitis flictenular doble
2 Querato-conjuntivitis flictenulares ojo izquierdo
3. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles
1 Conjuntivitis flictenular ojo derecho.
3. Conjuntivitis flictenulares dobles

Total 10

Febrero 28. 3. Conjuntivitis flictenulares dobles
1 Querato-conjuntivitis flictenular ojo derecho con
úlceras numerosas en la córnea.

1. Querato-conjuntivitis flictenular doble

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo derecho.

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo izquierdo

Total 7.

Marzo 2. 1. Querato-conjuntivitis flictenular doble. Una flictena
ulcerada en la parte superior del limbo, una escutriz
triangular en la parte inferior. Leucoma adherente
central del otro ojo.

1. Conjuntivitis flictenular doble (forma simple).

1. Conjuntivitis flictenular doble (forma miliar)

1 Conjuntivitis flictenular (forma miliar) ojo derecho.

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo izquierdo

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo derecho.

1. Flictenas adheridas, conjuntiva derecha

Total 7.

Marzo 3. 2 Conjuntivitis flictenulares dobles

1. Conjuntivitis flictenular ojo derecho

4. Querato-conjuntivitis flictenulares

1. Ulcera de la cornea por flictena ojo izquierdo

total 8.

Marzo 5. 1 Queratitis flictenular ojo derecho

2 Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

1 Conjuntivitis flictenular (forma miliar) ojo derecho

1 Conjuntivitis flictenular (forma miliar) ojo izquierdo

1 Conjuntivitis flictenular (forma simple) ojo izquierdo

nubeículas centrales dobles. Blefaritis ciliar.

1. Conjuntivitis flictenular (forma miliar) i flictena central ulcerada ojo izquierdo - Incipiente ojo derecho.

total 7.

Marzo 6. 1 Conjuntivitis flictenular (forma miliar) nubeículas centrales ojo derecho

3. Conjuntivitis flictenulares simples

1. Conjuntivitis flictenular, opacidades numerosas en la córnea, ojo derecho

1. Querato-conjuntivitis flictenular doble (forma blenoráica.

1. Conjuntivitis flictenular (forma miliar) ojo derecho.

total 7.

Marzo 7. 1 Conjuntivitis flictenular doble

2 Querato-conjuntivitis, ojo derecho.

2 Querato-conjuntivitis, ojo izquierdo.

total 5.

Marzo 8. 1 Queratitis flictenular

2. Conjuntivitis flictenulares dobles

3. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles.

1. Ulcera extensa de la conjuntiva por flictena, ojo izquierdo

total 7.

Marzo 9. 2. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

1. Conjuntivitis flictenular doble

3. Querato-conjuntivitis flictenular ojo derecho.

1. Flictena ulcerada de la conjuntiva, ojo izquierdo

total 7.

Marzo 10. 5. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

2. Conjuntivitis flictenulares dobles

2. Conjuntivitis flictenulares (forma miliar)

2. Querato-conjuntivitis flictenulares ojo derecho.

total 11.

Marzo 12. 1. Ulcera corneal por flictena ojo derecho.

3. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

1. Conjuntivitis flictenular (forma miliar) blefaritis ciliar doble, eczema en la cara.

1. Queratitis flictenular ojo derecho.

2. Conjuntivitis flictenulares dobles

total 8

Marzo 13. 2. Conjuntivitis flictenulares dobles (forma simpl.)

1. Queratitis flictenular doble.

3. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles

1. Querato-conjuntivitis flictenular ojo derecho

1. Ulcera conjuntival por flictena, ojo izquierdo

total 8

Marzo 14. 2. Conjuntivitis flictenulares dobles

1. Conjuntivitis flictenular doble (forma miliar)

1. Conjuntivitis flictenular doble, forma miliar con inyección catarral generalizada

1. Queratitis flictenular.

4. Querato-conjuntivitis flictenulares dobles.

1. Querato-conjuntivitis flictenular, ojo izquierdo.

1. Ulcera conjuntival por flictena, ojo izquierdo.

total 11.

II

Justificada mi primera proposición a cerca de la frecuencia de esta afección entro a tratar sucesivamente de su etiología, sintomatología, complicaciones i tratamiento

Etiología.

De los datos que anteceden se desprende de una manera incontestable:

1º Que la afección de que tratamos es muy rara entre los niños menores de 2 años, que la mayor parte de los casos se presentan en niños de 2 a 15 años, pudiendo, sin embargo, observarse la bastante veces en individuos de 15 a 21 años, i aun en personas de mas de 21 años.

2º Que es mucho mas frecuente entre los individuos del sexo femenino, que en los del sexo masculino, mas o menos en la proporción de 2 mujeres por 1 hombre. A primera vista, pareciera natural atribuir esto a la mala luz con que se ven obligadas muchas mujeres a trabajar de noche, por su oficio de lavanderas o costureras. Pero hasta la edad de 13 años, época en que las mujeres comienzan a ejercer estos oficios, el número de enfermos debería ser mas o menos el mismo en ambos sexos, mientras que, pasada esta edad, el número de mujeres afectadas de esta enfermedad, debiera sobrepasar en mucho el número de los hombres. Sin embargo, si bien se observa esto último, no sucede así con lo primero; pues en los 378 enfermos de afecciones flictenulares curados en la Dispensaria durante el año 1882, hai hasta la edad de 13 años, 159 mujeres i 95 hombres, i pasado esta edad por 82 mujeres ha habido 38 hombres. Por consiguiente, el número de enfermos del sexo femenino es en todas las edades, mucho mayor que el de personas del sexo masculino.

Se pudiera objetar que esto depende de que, siendo comunmente la conjuntivitis flictenular sin complicaciones, una afección poco grave, los hombres no se ven obligados a dejar su trabajo para ir a buscar alivio entre las manos del facultativo. Esta objeción tendria algun valor, si solo en los enfermos adultos

predominara el número de mujeres; pero cae bajo el peso de la observación que nos enseña que también predomina el número de enfermos del sexo femenino entre los niños, pues en esta edad, ambos sexos son mas o menos igualmente sensibles a las dolencias, i no existe para ellos el inconveniente de tener que trabajar. Queda, por consiguiente, establecido que, aun fuera de las malas condiciones higiénicas por trabajo de noche con mala luz, las mujeres están mas predispuestas a sufrir de afecciones oculares flictenulares.

3.º Que es mas frecuente esta enfermedad en los meses de calor que en los de temperatura variable o de frio, lo cual nos enseña que el frio i los cambios atmosféricos no tienen aqui la influencia que tienen sobre las afecciones catarrales. Esta frecuencia de la enfermedad en los meses de mayor calor, lo atribuye el Doctor Camó a la alimentación insuficiente consistiendo principalmente en frutas de que abusa en este tiempo la jente del pueblo.

4.º Que, por lo menos en Chile, las oftalmías catarrales son mas frecuentes que las flictenulares, siendo que la mayor parte de los autores admite una opinion contraria.

Habría sido muy extraordinario que no se hubiera atribuido esta dolencia a una diátesis, por lo que se la ha subordinado con preferencia a la escrofula, hasta el punto de designar la enfermedad de que tratamos con el nombre de oftalmia escrofulosa.

Me parece que se ha exagerado esta influencia i un examen exento de toda prevención demuestra que la enfermedad en cuestión, si bien algunas veces coincide con un vicio escrofuloso, esto no sucede siempre como se ha querido decir; Lo cierto es que muchos enfermos no tienen ningun sintoma del vicio escrofuloso, i frecuentemente se encuentra esta enfermedad en niños robustos i bien cuidados.

Don embargo, es muy natural admitir que la diátesis escrofulosa la debilidad constitucional, las malas condiciones higiénicas en jeneral, i especialmente la falta de limpieza, la residencia habi-



tual en un lugar mal ventilado, la alimentacion insuficiente etc, exponen a los niños a contraer esta enfermedad, como sucede con la mayor parte de las otras afecciones, sin que por eso estemos autorizados a considerar estas circunstancias nocivas como la causa directa de esta afeccion.

He aquí una estadística de algunos días, desde el 20 de febrero hasta el 14 de marzo de este año, relativa a la constitucion de los enfermos de oftalmia flictenular que se han presentado durante este período:

Juan de Dios Bahamonde de 10 meses, niño robusto sin ninguna de las síntomas exteriores del escrofulismo, no hai erupciones en la piel ni el cuero cabelludo, ni tumefaccion ganglionar. Queratitis flictenular, ojo derecho.

Emilio Uribe de 19 años. No hai tumefaccion ganglionar, ni cicatrices de ganglios supurados, no tiene ningun catarro crónico. Solo si sufre frecuentemente de dolor de garganta. No hai hipertrofia de las amígdalas. Conj. flictenular doble.

Adela Carrasco de 11 años, ha sufrido de frecuentes erupciones cutáneas, infarto de los ganglios submaxilares. Es evidentemente escrofulosa. Conjuntivitis flictenular doble.

Leticia Herrera 30 años. Robusto al parecer, de buena salud, sin catarros crónicos, ni tumefaccion ganglionar. Solo tiene frecuentemente dolor de garganta. Las amígdalas

algo hipertrofiadas. Conjuntivitis flictenular doble.

Elisa Espinoza de 30 años. Sufre frecuentemente de la garganta, sufre de bronquitis frecuentes, pero no hai afecciones ganglionares, ni otros síntomas que permitan tomarla como escrofulosa. Conjuntivitis flictenular ojo izquierdo.

Olivia Ortega de 6 años. Ningun síntoma de escrofula, aunque sufre frecuentemente de tos i dolor de garganta.

Fluctuaciones notables en la córnea derecha.

En el ojo izquierdo. No es escrofulosa. Ulleras perquiráticas del ojo derecho.

Juan Francisco Del Pino. de 14 años. No hai tumefaccion ganglionar, ni suele sufrir de erupciones cutaneas. Sufre frecuentemente de la garganta; pero no hai hipertrofia de las amígdalas. Durato. conjuntivitis flictenular doble.

Aurora Barvallo 18 meses. No hai sintomas de escrófula. Conjuntivitis flictenular simple.

Maria Ana Baeza de 18 años. Color pálido, enfermiza, pero no hai signos de escrófula. Conjuntivitis flictenular, ojo izquierdo.

Victor Manuel Catalan de 10 años. Muy enfermizo, tumefaccion ganglionar muy pronunciada en el cuello. Conjuntivitis flictenular doble.

Dorila Molina de 5 años. No hai motivo para tildarla de escrófulosa. Durato. conjuntivitis flictenular ojo izquierdo.

Pablo Cobar de 54 años. Buena constitucion. Durato. conjuntivitis flictenular.

Bartolo Gonzalez de 19 años. No es escrófuloso. Conjuntivitis flictenular doble.

Leon Bermudez de 18 años. Bezema de la mejilla, tumefaccion ganglionar del cuello, mala salud evidentemente escrófuloso. Conjuntivitis flictenular doble.

Rosendo Estrada de 24 años. Constitucion buena. Conjuntivitis flictenular, forma miliar, ojo derecho.

Miguel Palma de 13 años. Constitucion debil, no hai tumefaccion ganglionar, ni otros signos de escrófula. Conjuntivitis flictenular doble (forma miliar) i ademas una flectina conjuntival grande en cada ojo.

Pedro Diaz 8 años. Constitucion debil. Amígdalas hipertrofiadas, ganglios submaxilares tumefactos. Conjuntivitis flictenular doble.

Carmen Vidal 24 años. Blefaritis ciliar, frecuentes corizas, bronquitis, amígdalas repetidas i hipertrofia de estas glándulas, pero no hai tumefaccion ganglionar. Conjuntivitis



vitis flictenular simple, ojo izquierdo. Muciculas centrales dobles - Blefaritis ciliar. Sufre frecuentemente de inflamaciones de la vista.

Maria del Carmen Ahumada de 21 años. Buena constitucion. No hai tumefaccion ganglionar. Conjuntivitis flictenular (forma miliar) i flictena ulcerada ojo izquierdo. Conjuntivitis flictenular incipiente, ojo derecho.

Rosa Amelia Cruzillo de 13 años. Enfermiza, pero no hai tumefaccion ganglionar, ni sintomas precisos de enrofula. Conjuntivitis flictenular (forma miliar) i muciculas centrales ojo derecho.

Carlos Azocar de 5 años. No hai signos de enrofula. Conjuntivitis flictenular simple.

José Gonzalez de 60 años. Individuo de buena salud, nada en su constitucion revela que haya tenido o tenga el vicio constitucional enrofuloso. Conjuntivitis flictenular, ojo izquierdo, queratitis flictenular ojo derecho, opacidades numerosas en la córnea derecha.

Rosalva Beheverria de 14 meses. Niñita sana, en la cual nada hace suponer una constitucion enrofulosa. Acuteo - conjuntivitis flictenular de forma blenorragica.

Margarita Lopez de 19 años. Aspecto robusto, piel colorada, que a primera vista da la idea de un temperamento sanguineo, sin embargo, al exámen se encuentra verdaderos tumores ganglionares en el cuello, ha sufrido mucho de erupciones en la cara i el cuero cabelludo cuando mas joven, es muy sensible a los resfrios, sufre mucho de la garganta, tiene las amígdalas tumefactas. Es la segunda recada que sufre de su enfermedad, antes de hallarse enteramente establecida. Conjuntivitis flictenular (forma miliar) ojo derecho.

Luis Fernando Torres de 6 años. Constitucion delicada, pero nada que permite asegurar la existencia de la enrofula. Conjuntivitis flictenular doble (flictena conjuntival ulcerada ojo

derecho.

Oscar Molina de 5 años. No hai sintomas de escrófula, a pesar de que es de aspecto enfermizo. Conjuntivitis flictenular (forma miliar) ojo derecho.

Barbara de la Luz Sepúlveda 10 años. No hai tumefaccion ganglionar, ni erupciones cutáneas, ni otros sintomas de escrófula. Ulcera de la córnea; ojo derecho, a consecuencia de queratitis flictenular.

Maximiliano Rosales de 6 años. No hai sintomas de escrófula. Conjuntivitis flictenular, ojo izquierda.

María del Carmen Leiva de 8 años. No hai tumefaccion ganglionar, ni erupciones, ni otros signos de escrofulismo. Querato-conjuntivitis flictenular doble.

Genaro Leon de 4 años. No hai tumefaccion ganglionar, pero si tez pálida, impétigo de la cara, blefaritis ciliar doble. Conjuntivitis flictenular, forma miliar.

Rosa Amelia Cortez de 3 años. Niñita evidentemente escrofulosa, hai tumefaccion ganglionar debajo del maxilar, hipertrofia de las amígdalas, frecuentes erupciones impetiginosas de la cara i del cuero cabelludo, frecuentes coryzas. Queratitis flictenular en el ojo derecho.

Rosa Lucero de 7 años. No hai signos evidentes de escrófula. Conjuntivitis flictenular, forma simple.

Severiano Parral de 11 años. No hai tumefaccion ganglionar, ni otros signos de escrófula evidente. Conjuntivitis flictenular, forma simple; doble.

Marcela Guayardo de 40 años. Constitucion robusta, buena salud, nada revela en ella haber existido el vicio escrofuloso. No se acuerda haber sufrido de la vista anteriormente. Queratitis flictenular en ambos ojos.

Luisa Bastillo de 11 años. Constitucion débil, frecuentes resfrios, coryza crónico, hipertrofia de las amígdalas, existen todavía señales de una erupcion impetiginosa de la cara recién desaparecida. No



hai, sin embargo, tumefaccion ganglionar. Conjuntivitis flictenular doble.

Blodomira Araya de 9 años. Aunque no hai infarto ganglionar, tiene sin embargo muchas señales de una constitucion exrofulosa, tejidos blandos, muy sensible al frio, inflamaciones frecuentes de las amigdalas con hipertrofia de estas glándulas. Una erupcion impetiginosa de la cara. Conjuntivitis flictenular doble, forma ciliar.

José Ismael Gomez de 9 años. No hai signos de exrofula. Conjuntivitis flictenular forma miliar, con inyeccion generalizada en el ojo derecho (forma catarral).

Como se ve pues el examen de los 38 enfermos que preceden, no nos permite descubrir el vicio exrofuloso sino en 6 casos, dejando a un lado 4 casos de constitucion linfática, que no nos permiten asegurar la existencia de la exrofulosis.

Podemos, pues, establecer la proposicion siguiente: la oftalmia flictenular coexiste frecuentemente con la exrofulosis, pero se encuentra muchisimas veces en enfermos que no tienen este vicio de la nutricion, de modo que se debe rechazar el nombre de oftalmia exrofulosa dada a esta enfermedad por muchos autores.

Algunos autores admiten que hai que considerar la conjuntivitis flictenular como una erupcion de la conjuntiva, i la llaman herpes conjuntival, fundándose en que frecuentemente ~~hay~~ coexistencia de la conjuntivitis flictenular i una erupcion de eczema o zona en la piel de los párpados. Es cierto que esta coexistencia existe a veces, pero no lo bastante para sostener esta opinion, pues en los 454 casos de afecciones oculares flictenulares, observados en la Dispensaria del hospital de San Juan de Dios, durante el año 1882 i los meses de Enero i Febrero de 1883 se ha observado solo 12 veces la existencia simultanea de una erupcion de la piel de los párpados i la enfermedad a que tratamos.

Se señalan como causas ocasionales: el aire viciado en habitacio-

res húmedas i mal ventiladas, una alimentacion insuficiente i de allí el gran número de enfermos de esta afeccion en los meses de calor, cuando una gran parte de los habitantes, tanto del campo, como de la ciudad, se alimentan casi exclusivamente con sandias, melones, duraznos, uvas etc. En jeneral, cuando se puede descubrir algunas de estas causas ocasionales, son mas o menos las mismas que las de las oftalmias catarrales.

No faltan aun autores que quieran atribuirle al trabajo de la denticion, opinion evidentemente errónea, por lo menos en cuanto a la primera denticion, pues sobre un total de 454 enfermos, se ha observado la existencia de esta afeccion en niños menores de 2 años solo 48 veces. Además las recaídas o recidivas no coinciden con la salida sucesiva de los dientes de leche.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

III 30 Sintomatología.

La conjuntivitis flictenular, que en razon de las frecuentes complicaciones corneales se pudiera designar con el nombre de querato conjuntivitis flictenular, i que aun a veces está exclusivamente limitada en la cornea, es en jeneral una inflamacion localizada, caracterizada por exudaciones circunscritas debajo de la capa epitelial, exudaciones constituidas en jeneral por vesículas de contenido transparente, pobre en células, o que tambien pueden tomar la forma de pústulas, de contenido turbio. La inflamacion que acompaña la exudacion, ocupa comunmente la conjuntiva bulbar, pero solo parcialmente, se propaga fácilmente sobre la cornea, i en jeneral deja la conjuntiva palpebral intacta.

Se puede distinguir cuatro modos principales bajo los cuales se presentan las afecciones oculares flictenulares, distinguiéndose unos de otros por una marcha bien distinta.

Primera forma. La primera forma conocida jeneralmente con el nombre de forma simple, es la que jeneralmente se encuentra. Está caracterizada por la existencia de una, o a veces de varias pequeñas vesículas semitransparentes, del grueso de una cabeza de alfiler o de un grano de mijo. Una inyeccion parcial de los vasos conjuntivales i subconjuntivales rodea esta vesícula. Muchas veces, pero no siempre, esta inyeccion tiene una forma triangular: la base del triángulo ocupa el fondo de saco conjuntival, i el vértice, ocupado por la vesícula, está vuelto hacia la cornea, a la cual puede acercarse mas o menos. Los vasos subconjuntivales, que van irradiándose, son tanto mas pronunciados cuanto mas cerca de la cornea está la infiltracion. Los vasos conjuntivales son tortuosos, i todo el triángulo está un poco sollevado encima del nivel de la conjuntiva a consecuencia de un ligero edema de esta parte.

Esta vesícula puede tener varias terminaciones: A veces, despues de haber persistido durante algun tiempo, se reabsorbe completamente la infiltracion, sin dejar rastros. La cesacion de la enfermedad se anuncia por la desaparicion de los vasos,

que se hace de la manera siguiente: los vasos subconjuntivales desaparecen de la periferie de la conjuntiva a la infiltracion, los vasos conjuntivales se borran, al contrario, de la infiltracion hacia la periferie de la mucosa. Este trabajo se efectua en el espacio de 8 a 15 dias.

Pero no siempre la flictena tiene esta terminacion tan pronta i tan benigna, pues, a veces, la vesicula semi-transparente toma un color amarillo, se convierte en piustula, que, por perdida de su capa epitelial, deja escapar el contenido puru-
lento, de manera que se forma una pequena ulcera un poco elevada encima del nivel de la conjuntiva, con un fondo gri-
saceo i bordes irregulares. Estas ulceras casi siempre se recubren pronto de una capa epitelial, i desaparecen muy luego.

Esta primera forma presenta frecuentes complicaciones corneales, pues a veces se ve que la infiltracion seguida de su pincel vascular, se adelanta hacia el borde de la cornea, gana este borde, lo traspasa i se situa por completo en esta membrana. Este pincel vascular que se adelanta sobre la cornea lo llaman algunos autores franceses fusie (coquete), i esta complicacion corneal se encuentra descrita en la membrana con el nombre de queratitis en cinta, bandeleta o travilla. La vesicula corneal semi-transparente se transforma muy pronto en piustula amarillenta, que sobresale un poco sobre el nivel de esta membrana, i con frecuencia se transforma en pequenas ulceras grisáceas.

A veces tambien se ve a la infiltracion encorvarse en forma de herradura, o, rara vez, dividirse en dos partes, cada cual acompañada de la mitad de los vasos. Las dos cintas vasculares, con su exudado, toman entonces, separándose, una direccion diferente, i se encorvan por dos lados opuestos. Despues que esta exudacion ha llegado hacia el centro de la cornea o ha pasado mas allá de est. centro, parte su color amarillento, se hace gris, menos proeminente, los vasos subconjuntivales desaparecen de la periferie hacia la exi-

dacion, i desaparecen poco a poco. Queda una pequeña mancha opaca que representa un arco i conserva durante mucho tiempo su forma de herradura.

Las pequeñas úlceras grisáceas, que dijimos resultan muchas veces de las exulceraciones de las flictenas corneales en la queratitis en cinta, se recubren casi siempre muy pronto de una nueva capa epitelial, i desaparecen del todo; pero frecuentemente dejan tras sí opacidades. Esta opacidad frecuentemente persiste por mucho tiempo i aun indefinidamente; es mucho mas pronunciada hacia la punta de la exudacion, i la parte a la cual tocaban los vasos es escotada, de manera que podemos decir de una manera aproximativa la direccion que la exudacion ha recorrido.

Tambien, aunque rara vez, puede suceder que estas úlceras ganen en profundidad, i lleguen a provocar una perforacion de la córnea con todas sus consecuencias. A veces aun, se forman abresos de la córnea, como he visto algunas veces en la Dispensaria.

Segunda forma. Conocida bajo el nombre de forma miliar, está localizada en el anillo conjuntival, i aun en la córnea. Esta forma se acompaña de una inyeccion bastante pronunciada del ojo, producida por la hiperemia de los vasos subconjuntivales, que se prolongan sobre el anillo conjuntival i le hacen hacer una salida en forma de cinta. Esta cinta tiene frecuentemente una multitud de pequeñas elevaciones, que hacen que el anillo conjuntival aparezca a veces como cubierto de arena muy fina. Estas pequeñas elevaciones, que no son ni flictenas ni pustulas, están constituidas por pequeñas aglomeraciones de células linfoides debajo de la capa epitelial. Pueden desaparecer completamente en el espacio de algunos dias. Otras veces la superficie se excoria i resultan pequeñas ulceraciones. Esto sucede rara vez, i aun luego las ulceraciones se cubren de una capa epitelial, la inyeccion subconjuntival desaparece i la

enfermedad se termina despues de dos o tres semanas.

Esta variedad, la mas benigna, va acompañada de manifestaciones irritativas i de dolores muy considerables. El gran número de filletitos nerviosos que hai bajo la capa epitelial de la córnea, interesados por la formacion de estos pequeños abscesos microscópicos dan fácilmente cuenta de esto.

Lo que caracteriza aun esta variedad es la rapidez de transicion de un estado en apariencia muy serio a una curacion seguida de recaídas mas o ménos completas.

La forma pusulosa o maligna, como la llaman algunos autores. Con esta forma coexiste una inyeccion mucho mas considerable de la conjuntiva; la inyeccion subconjuntival es sobre todo muy pronunciada al rededor de la córnea, i la exudacion subepitelial es mas considerable, de manera que se forman uno o varios botones aplastados que tienen su asiento cerca de la córnea o en el mismo borde corneal. Puede suceder que seis o ocho botones aplastados rodeen la córnea como una capa de perlas grisaceas, colocadas a medias sobre la córnea i a medias sobre la esclerótica. Tienen de uno a dos milímetros de diámetro, su superficie se excoria fácilmente i produce una úlcera de fondo grisáceo i de bordes irregulares. El fondo de estas úlceras está muchas veces cubierto de restos de tejido en descomposicion purulenta. Estas úlceras persisten mucho mas tiempo que las simples pústulas que acabamos de describir. Duran muchas veces cuatro o seis semanas. Tienen poca tendencia a pasar sobre la córnea i frecuentemente están a medias sobre esta membrana. No es raro que estas úlceras periquéricas ganen en profundidad i que la esclerótica participe de la inflamacion. Mucho mas frecuentemente que en las formas anteriores, se forman papilomas parciales en el borde de la córnea que mas tarde pueden irijer a un estafiloma parcial. Esta tercera forma se acompaña frecuentemente de una fotofobia conside-



nable, que se manifiesta sobre todo cuando los nudos están excoriados o forman úlceras.

Esta forma comunmente deja tras si opacidades marginales triangulares permanentes, que se pueden reconocer mucho tiempo despues i aun toda la vida.

En ciertos casos la afeccion se acompaña de infiltraciones circunscritas de la córnea, i aun estas infiltraciones suelen originar abscesos corneales.

Cuarta forma. Es exclusivamente corneal i descrita por muchos autores entre las queratitis superficiales circunscritas.

Arlt describe esta forma de queratitis con la conjuntivitis flictenular i rechaza el nombre de queratitis superficial porque "el proceso no se limita siempre a las capas superficiales de la córnea".

Sämisch da a esta enfermedad el nombre de queratitis flictenulosa.

Las alteraciones que se presentan en la córnea aparecen generalmente como opacidades limitadas, redondeadas, poca extensas, francamente superficiales, elevándose a su nivel una proeminencia hemisférica o puntiaguda.

Los cambios anatómicos ocasionados por este proceso consisten en que se forman infiltraciones subepiteliales, aglomeraciones celulares, de una forma redondeada i limitada, pero solamente entre la cubierta epitelial i la lamina elástica anterior.

Estas aglomeraciones celulares pueden alcanzar una cierta extension sin que por esto la cornea misma sufra verdaderas alteraciones, con excepcion de la parte de lamina elástica anterior sobre la cual descansa la infiltracion.

En otros casos tambien puede la infiltracion penetrar un poco mas profundamente en el tejido propio de la cornea, el cual puede con todo conservarse intacto.

Debemos tambien constatar que al nivel de una aglomeracion subepitelial, desde luego pueden presentarse en la parte anterior en la seccion contigua de la córnea procesos que deben conducir a una alteracion de la membrana en este punto, puesto que esta produccion patologica está inmediatamente cubierta por la capa epitelial, que en este caso está algo levantada. Se presenta, pues, ya una simple infiltracion, ya un proceso supurativo, desarrollándose este último en el punto de la infiltracion hasta cierto punto todavía cubierto por ella.

En ambos casos se trata de alteraciones enteramente superficiales, que por lo tanto, aunque la ulceracion siga su curso ordinario, no suelen dejar desórdenes apreciables en el tejido. En las infiltraciones simples se debe temer esto tanto menos cuanto que, despues de la desaparicion de los elementos celulares, la parte epitelial sollevantada, que siempre cae, es reemplazada luego por otra nueva.

Asi con razon se puede comparar estas alteraciones que se presentan en la córnea, con las que se desarrollan en la conjuntiva en la conjuntivitis flictenular (sin quererlas identificar del todo en cuanto a su naturaleza. — pues el contenido de las flictenas conjuntivales es de naturaleza mas serosa —) i con motivo fundado se puede considerar esta queratitis como una queratitis flictenulosa.

Esta queratitis superficial i circunscrita es frecuentemente acompañada, desde su principio, de dolores ciliares mas o menos intensos, i aun de una fotofobia muy marcada. Estos últimos síntomas son tanto mas marcados cuanto la capa epitelial ha sufrido mas, i que los nervios de la córnea están mas directamente sometidos a la accion del aire, i de los productos de la seccion circunscrita en el saco conjuntival. Es sorprendente, pues, a veces ver a un sujeto pálido i de constitucion débil, atacado de esta forma de queratitis, sin mostrar los menores



síntomas de irritación ni de inflamación, mientras en otros, los mismos cambios van acompañados de fotofobia i de dolores ciliares muy pronunciados.

En general, la conjuntiva no participa en estas especies de queratitis, o lo hace muy débilmente. Sin embargo, no es raro que una ligera inyección subconjuntival rodee la circunferencia de la córnea. Se encuentra frecuentemente ocasión de observar a enfermos, sobre todo niños, que presentan una inyección periquerítica moderada, fotofobia i dolores ciliares bastante intensos, acompañados de lagrimeo considerable, en los cuales el niño se queja ante solo hace ver una o varias pérdidas de sustancia de la capa epitelial i un tinte grisáceo en las partes afectadas por la inflamación. El todo está tan poco pronunciado que, sobre todo en los niños que se defienden de todo examen, las lesiones ligeras pueden pasar desapercibidas: en casos semejantes es en los que se ha creído en la existencia de una fotofobia idiopática (exerofulosa) sin sensible alteración del ojo.

Frecuentemente la enfermedad sigue todas sus fases sin que la córnea se vascularice. Si la queratitis está localizada cerca del borde de la córnea, el limbo conjuntival está fuertemente inyectado. Cuando el foco de la inflamación está cerca de la circunferencia, i la enfermedad persiste algún tiempo, se ve a la iluminación oblicua un rastro grisáceo, ligeramente opaco que se extiende desde la parte mas inmediata a dicha circunferencia al foco mismo, i que se hace asiento de una nueva generación de vasos apretados unos contra otros.

Frecuentemente la queratitis filitenuar termina sin dejar la menor señal. Solamente en los casos en que la opacidad ha tomado un tinte gris franco, después amarillento, es cuando su desaparición completa necesita muchas semanas i acaso meses enteros.

No es raro ver a esta queratitis superficial, sobre todo si ha

sido combatida con un tratamiento irritante, extenderse hasta las capas profundas de la córnea. Entonces aparecen muchos focos inflamatorios que, por la destruccion de las masas que los separan, se transforman en abscesos o en úlceras. Una vez que la enfermedad ha cambiado así de carácter, es posible se complique con una perforacion de la córnea, con prolapso del iris, i con todas las consecuencias de estos terribles accidentes.

La queratitis flictenular se desarrolla en ojos que padecen o que han padecido actualmente de inflamaciones flictenulares de la conjuntiva.

Sin embargo, puede presentarse tambien sin que aquellas existan o hayan existido.

Sämisch admite que la queratitis flictenular o flictenulosa como él la llama, se presenta tambien a consecuencia de la conjuntivitis foliculosa, aunque en este caso, agrega, la vascularizacion suele ser menos pronunciada. Muí dudoso me parece que exista entre ambas relacion de causa a efecto; mas bien creo en la simultaneidad, pues la conjuntivitis foliculosa es una afeccion de los niños mal nutridos, i sobre todo de los que viven en lugares mal aerados, circunstancias todas que predisponen a las afecciones flictenulares.

Segun Sämisch la queratitis flictenula es principalmente una enfermedad de los niños, i se presenta, segun dice este autor, en individuos que han alcanzado la edad de 20 años tan solo, como recidiva de una afeccion flictenular pasada ya de muchos años.

No es raro, agrega el mismo autor, que dichos ojos sufran de blefaritis simplex o ciliar, i a menudo, en cuanto al estado jeneral de los enfermos, existen aquellos desórdenes de la nutrición que se consideran como signos del estado exofuloso.

Todas estas proposiciones de este autor son corroboradas en jeneral por la observacion de los enfermos, pero suelen encon-

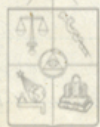


trarse excepciones notables. ~~Por lo~~ No mencionaremos que dos casos que he tenido ocasion de observar en estos ultimos dias en la Dispensaria. El primero se refiere al enfermo José Gonzalez de 60 años, tiene una conjuntivitis flictenular en el ojo izquierdo, i en la cornea derecha, opacidades de una queratitis flictenular. Es de constitucion robusta, no ~~ha~~ infarto ganglionar, ni ninguna erupcion exrófusa, ni se acuerda haberlas tenido cuando joven, no ha sufrido de catarros oculares, nasales, bronquiales etc. Anteriormente ~~no se acuerda haber~~ sufrido nunca de la vista, ni queda ninguna opacidad antigua, ni rastros de flictenas anteriores.

El segundo caso se refiere a la enferma Micaela Goyardo de 40 años, que se presentó en la Dispensaria con una queratitis flictenular doble. Ya gozado de una regular salud siempre, no da antecedente de haber sufrido de la vista anteriormente, ni se ve opacidad antigua, ni quedan vestigios de exrófusa.

Como se ve, estos dos casos, i pudiera citar otros muchos analogas, pugnan contra las proposiciones todas de Salmi, pero vuelvo a repetirlo, en general los casos que se presentan diariamente las confirman.

Esta forma en general no es grave, solo lo es cuando se la descuida o no se trata convenientemente: entonces se alarga i es seguida de opacidades mas o menos intensas e incómodas. En general, la inflamacion periférica de la córnea permite un pronóstico mas benigno que la de las partes centrales; esto se comprende fácilmente puesto que la nutricion i la reparacion encuentran mas materiales hacia la circunferencia que en el centro.



Síntomas fisiológicos.

Cuando no hai mas que una o varias flictenas en la conjuntiva bulbar, no hai fotofobia. Solo hai, cuando mas, una ligera sensacion mui soportable de cuerpo extraño en el ojo. La vision es perfecta. Pero sobreviene una fotofobia mui intensa tan pronto como haya lesiones corneales, i esta fotofobia muchas veces no está en relacion con la extension del mal, pues, a veces a penas se manifiesta estando, sin embargo, la córnea cubierta de varias pústulas, i otras veces es mui pronunciada pudiéndose a penas hallar alteraciones de la córnea.

Tambien en casos de complicaciones corneales, hai comunmente un blefarospasmo bastante intenso, que hace dificultoso abrir el ojo. En jeneral todos estos sintomas se agravan por la mañana, i en la tarde se presenta una remision notable.

Junto con el blefarospasmo i la fotofobia hai comunmente un aumento de secrecion lagrimal en proporcion con la fotofobia.

IV

Complicaciones.

Ya acabamos de ver que frecuentemente la córnea participa de la inflamacion i aun que hay una forma en que las lesiones están exclusivamente limitadas en esta membrana. En las formas simple i miliar, estas afecciones corneales se hacen rara vez profundas; pero no sucede así con la forma pustulosa que origina frecuentemente úlceras profundas de la córnea que pueden producir perforaciones de la córnea. La complicacion mas comun la hemos ya señalada con el nombre de queratitis en cinta. Pero a veces la vascularizacion se jeneraliza a consecuencia de varias pústulas que se siguen en diversos puntos. Este pannus superficial, mas o menos completo, de una opacidad poco pronunciada, se conoce con el nombre de pannus escrofuloso, i desaparece en

Thomas describe detalladamente la queratitis flictenular.

Otra complicacion, ya mas rara, i que cambia el aspecto de la



15

lesion, hasta el punto de hacerla desconocer si no se examina con cuidado el ojo enfermo, es una conjuntivitis bulbar generalizada, a veces con participacion de la conjuntiva palpebral, pudiendo aun ser acompañada esta inflamacion catarral de una secrecion muco-purulenta. Esto se suele encontrar en las mismas circunstancias que el pannus exerofuloso, es decir en los casos antiguos, con varias recaidas, a consecuencia de la aparicion sucesiva de flictenas en puntos distintos. Pero no es raro encontrar esta forma, en otras circunstancias, pues la he visto al principio de una conjuntivitis flictenular miliar, en el primer ataque, sin flictenas fuera del anillo conjuntival. No es raro aun ver un quémosis muy pronunciado con o sin alguna fistula de acné del borde palpebral, con orquelo o sin él.

Esta complicacion la describen algunos autores con nombres especiales: forma catarral, forma blenorágena etc.

Como dijimos, a primera vista, se pudiera desconocer la enfermedad, pero un examen atento nos hará descubrir la existencia de flictenas o sus restos cuando las haya en via de desaparicion, i sobre todo, la de las complicaciones corneales de la cornea.

He tenido ocasion de observar muchos casos de la forma catarral o blenorágena, pero me contentaré con mencionar dos casos que he observado en estos dias.

El 13 de Marzo se presenta en la Dispensaria el niño José Ismael Gomez de 9 años, temperamento linfático, pero sin infartos ganglionares ni erupciones exerofulosas. La conjuntiva del ojo derecho presenta una inyeccion jeneral, todas las partes de la mucosa tienen un color rojo intenso, hai una dacriorrea intensa, un poco de fotofobia. El ojo izquierdo tiene una inyeccion menos pronunciada, pero tambien ya manifesta. Examinando con debencion el ojo derecho, se aperece en el angulo superior interno del limbo conjuntival una serie de las pequeñas elevaciones

características de la conjuntivitis flictenular de la forma miliar.

El ~~abuso~~ caso se refiere a Rosalva Echeverría, niña de 14 meses que se trajo a la Dispensaria el 9 del mismo mes. No hai síntomas de enroscula. Los párpados sobre todo ^{en} el derecho están rojos, tumefactos, calientes. Cuesta abrir el ojo, i al haurlo se escapa una gran cantidad de un líquido sero mucoso, i se presenta luego la mucosa de los senos, roja, tumefacta, formando una especie de hernia al traves de la hendidura palpebral como sucede en la conjuntivitis blenoráica. Un examen atento hace percibir una querato-conjuntivitis flictenular. A los pocos dias, la niña estaba muu mejor; no se estableció la secrecion purulenta.

Como ya lo hemos repetido varias veces, coexisten frecuentemente con la conjuntivitis flictenular, ciertas erupciones de la piel, como exema del borde palpebral, impetigo etc.

No se puede mejor hacer notar la frecuencia de las complicaciones corneales o otras, i el caracter de ellas, sino dando a conocer algunos datos sacados de la Estadística de la Dispensaria del hospital de San Juan de Dios, correspondiente al año 1882 i principios de 1883.

Los casos de afecciones flictenulares que se presentaron en dicha Dispensaria durante dicho periodo se descomponen de la manera siguiente:

1882. Enero.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	24.
	Querato-conjuntivitis flictenulares	4
	Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	5.
Febrero.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	30.
	Querato-conjuntivitis flictenulares	9
	Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	0.
Marzo.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	18.
	Querato-conjuntivitis flictenulares	10.
	Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	0.



1882.	Abril.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	13
		Querato-conjuntivitis flictenulares	0
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	2
"	Mayo.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	14
		Querato-conjuntivitis flictenulares	3
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	13
"	Junio.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	10
		Querato-conjuntivitis flictenulares	4
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	4
"	Julio.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	4
		Querato-conjuntivitis flictenulares	4
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	5
"	Agosto.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	15
		Querato-conjuntivitis flictenulares	3
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	15
"	Setiembre.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	12
		Querato-conjuntivitis flictenulares	6
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	15
"	Octubre.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	16
		Querato-conjuntivitis flictenulares	9
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	16
"	Noviembre.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	21
		Querato-conjuntivitis flictenulares	12
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	21
"	Diciembre.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	10
		Querato-conjuntivitis flictenulares	10
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	18
1883.	Enero.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	25
		Querato-conjuntivitis flictenulares	17
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	15
"	Febrero.	Conjuntivitis flictenulares sin complicacion corneal	
		Querato-conjuntivitis flictenulares	
		Queratitis flictenulares sin afeccion conjuntival	

Es decir que en un total de casos ha habido:

Basos de conjuntivitis flictenulares sin complicación corneal

Basos de querato-conjuntivitis flictenulares

Basos de queratitis flictenulares sin afección conjuntival

En cuanto a la naturaleza de las complicaciones, no contando la queratitis en cinta, o las pequeñas úlceras de la conjuntiva o cornea, y los numerosos casos de nubes óculas observadas en consecuencia, han sido como sigue:

Úlceras extensas de la córnea 24

Abcesos de la córnea 4.

Úlceraciones extensas de la conjuntiva 8 y dos casos de úlceras periquiriticas profundas sin perforación.

Leucoma central 1. a consecuencia de abcesos de la córnea por flictena.

Episcleritis 2.

Inflamación catarral extensa (forma catarral o blenorráica) 8.

Hiperemia del iris 4.

Coexistencia con iritis sífilítica 2. con sinequias posteriores una de ellas.

Pannus exofuloso extenso 7.

Coexistencia con thiripon 2.

Coexistencia con sífilides cutáneos sin iritis específica 2.

Coexistencia con estafiloma total del otro ojo 1.

Coexistencia con blefaritis ciliar 10 veces.

Coexistencia con erupciones en la cara, eczema, impetigo etc 12 veces.

Coexistencia con la atrofia de uno de los ojos enfermos 1.

Coexistencia con enturbiamiento de ambos vitreos 1.

Prognóstico.

Es benigno para las dos primeras formas. Las flictenas desaparecen frecuentemente después de 8 a 15 días sin dejar rastros. Si se complica la córnea, todavía comúnmente la curación es íntegra, pero dura más tiempo. Sobre todo la forma miliar se cura muy fácilmente, pero las recidivas son frecuentes.



17

En cuanto a la forma pustulosa, su pronóstico es mas grave, sobre todo por la tendencia que tienen las úlceras que siguen a las pústulas periquiriticas de profundizarse i de producir perforaciones i estafilomas parciales. Hai que tomar en cuenta tambien para el pronóstico de esta forma, las opacidades marginales triangulares, que siguen siempre a la cicatrizacion de las úlceras periquiriticas, i que permanecen por mucho tiempo i aun durante toda la vida.

La cuarta forma, queratitis flictenular, como ya dijimos en jeneral no es grave, o lo es menos cuando la lesion es periférica, que cuando es central, i menos tambien cuando la córnea enferma se vasculariza que cuando los vasos tardan en desarrollarse. Solo, en jeneral, cuando el tratamiento ha sido mal dirigido, es cuando suelen producirse lesiones profundas que dejan rastros irreparables.

VI

Tratamiento.

Como hemos tratado de demostrarlo en otro lugar, la afeccion de que se trata, si bien se puede encontrar, i aun frecuentemente se encuentra en niños escrofulosos, no puede ser considerada, sin embargo, como dependencia directa del escrofulismo, i, por consiguiente, el tratamiento jeneral anti-escrofuloso, aunque conviene aplicarlo cuando sea del caso, no basta, ni es lo esencial.

Es de absoluta necesidad un tratamiento local, si no se quiere quedar expuesto a tener que lamentar tarde o temprano (pues las recidivas son frecuentes) la pérdida mas o menos completa de la vista a consecuencia de abcesos corneales, perforaciones, estafilomas, leucomas etc.

De Meeker, i otros autores dan tres preceptos que hai que observar absolutamente en el tratamiento local.

1.^a Una medicacion irritante moderada;

2.^o Renunciar absolutamente al empleo de los derivativos;
i 3.^a Continuar la aplicacion de los medios tópicos aun mucho
tiempo despues de la desaparicion de los síntomas inflamato-
rios.

1.^o Un tratamiento irritante moderado.

Los medios irritantes comunmente empleados son el calomel
al vapor i el bioxido de mercurio por via húmeda.

En todos los casos en que se trate de flictenas no ulceradas que
tengan su asiento en la conjuntiva bulbar, o estén colocados a
caballo en el limbo conjuntival, i tambien cuando se trata de
la forma miliar, se puede, segun De Wecker i otros autores, em-
plear indiferentemente uno o otro de estos medios.

El calomel se conserva bien seco conservado en un frasco tapado
al esmeril. Con un pincel bastante grueso se toma cierta cantidad
de este polvo, i mientras con los dedos de la mano izquierda se
separan los párpados, se acerca el pincel al ojo enfermo teniéndolo
entre el pulgar i el dedo medio de la mano derecha, i por un golpe
seco dado con el índice de la misma mano sobre el pincel, se proyec-
ta el polvo sobre la conjuntiva enferma. Este tratamiento se repite
diariamente, i se continua aun por lo menos durante 15 dias
despues de la desaparicion de toda irritacion.

En cuanto a la manera como obra el calomelano, los autores
todavia no están conformes.

Antes, i aun ahora algunos admiten que el calomel obra como
polvo inerte, mecánicamente, quitando la capa epitelial de las
flictenas i provocando asi su ruptura; pero los experimentos
que se hicieron en Berlin con polvos porfirizados no han producido
los mismos efectos que el agente de que tratamos.

Actualmente casi todo el mundo admite que el calomel, que
se encuentra enrollado en finas estrias en el fondo de saco con-
juntival inferior, i que permanecen alli' cerca de 24 horas, se
transforma en parte en sublimado, siendo la mayor parte arras-
trada por las lágrimas i la secrecion de la conjuntiva. Lo cierto

es que hai absorcion del agente mercurial, puesto que el análisis químico permite, despues de este tratamiento, descubrir la presencia del mercurio en la orina. A veces, segun De Wecker, se tiene ocasion de observar instantaneamente una transformacion en masa del calomel insuflado en enfermos sometidos al mismo tiempo a un tratamiento por el ioduro de potasio. En estos casos se ve frecuentemente, aun varias horas despues de la ingestion del ioduro, la insuflacion del calomel ocasionar la aparicion de dolores intensos con lagrimeo, debido a la produccion de una gran cantidad de biioduro de mercurio, que ejerce una accion cauterizante enérgica. Por consiguiente, en el tratamiento de esta o otras afecciones oculares es preciso no emplear nunca simultaneamente las insuflaciones de calomel i el ioduro de potasio al interior.

Donders explica la propiedad del calomel de impedir las recidivas por el hecho constatado por él que despues de las insuflaciones, la conjuntiva queda muy pálida por la disminucion del calibre de los vasos, i por la obliteracion de ramitos vasculares finos, lo cual atribuye tambien a la accion del bicloruro mercurico formado a expensas del protochloruro insuflado.

El segundo agente irritante aconsejado por los autores, es el bixido de mercurio que se emplea especialmente bajo la forma de la pomada conocida bajo el nombre de su autor. Pagenstecher, cuya fórmula es como sigue:

Bixido de mercurio hidratado por via húmeda 1 gramo
Glicerolado de almidon 8 gramos.

He aqui como la usan Wecker i algunos otros:

Por medio de un estilete se hace penetrar en el saco conjuntival una cantidad de esta pomada como la mitad de un grano de arroz.

Por una friccion al traves de los párpados se estiende la pomada por toda la conjuntiva ocular. Despues es bueno lavar el ojo con agua para sacar el exceso, i sobre todo de limpiar bien el párpado inferior para precaver la cauterizacion del saco conjuntival i la inflamacion.

del párpado inferior. En el caso de que fuera necesario que personas extrañas a la medicina aplicasen el remedio, seria prudente prescribir una pomada menos fuerte (1 por 15 o 20 gramos) i recomendar que se lave inmediatamente con agua. Esta pomada, segun estos autores, es muy eficaz sobre todo en el caso en que la conjuntivitis flictenular se haya transformado en quoratitis en cuenta. Detiene frecuentemente la marcha de la afeccion i contribuye activamente a haver desaparecer las manchas que tan frecuentemente deja tras si esta quoratitis. Su accion es igualmente favorable en la conjuntivitis purulenta. (Al hablar del tratamiento de las complicaciones corneales, especificare en que casos conviene el uso de esta pomada). Pero esta medicacion, sobre todo si se emplea la fórmula de Pagenstecher, cuya pomada es demasiado concentrada para untar con ella el borde palpebral en la blefaritis ciliar, produce una irritacion demasiado fuerte, causa grandes dolores, agrava frecuentemente todos los sintomas i muchas veces deja tras si una conjuntivitis foliculosa.

El calomel no tiene estos inconvenientes, i los resultados de la aplicacion de este medicamento en la Dispensaria, no deja duda acerca de la superioridad del calomel sobre la pomada de Pagenstecher en el tratamiento de la oftalmia flictenular.

De modo que mas vale conformarse con el uso del calomel que produce excellentes resultados, i dejar la pomada del precipitado amarillo para otras circunstancias que especifica acaunos en el tratamiento de las complicaciones corneales, i en cualquiera época que se creyera conveniente emplear esta pomada, modificarse la fórmula, i prescribirse una de 1 por 20 si es para aplicarla uno mismo, i de 1 por 50, si extraños al arte de curar han de aplicar el remedio.

Cuando haya complicaciones graves por el lado de la córnea, producidas por la ulceracion de un boton o piústula teniendo su asiento en el borde corneal, hai que abstenerse de todo tratamiento irritante. Hai que abstenerse igualmente de los agentes irritan-



tes en el caso de flictenas corneales, i en jeneral cuando las flictenas tienden a transformarse en anchas úlceras, aunque tengan su asiento lejos de la córnea.

En estos casos son muy diversos los agentes aconsejados por los clínicos. Expondré metódicamente el tratamiento que he visto seguir en estos casos por el doctor Barrio en la Dispensaria del hospital San Juan de Dios.

(a) En las complicaciones queráticas, durante el 1.º período, mientras no haya procesos ulcerativos, así como al principio de la 2.ª forma, es decir de la queratitis flictenular que hemos descrito, se sigue el tratamiento tópico siguiente:

Instilaciones de atropina como sintomático para disminuir el blefarospasmo i la fotofobia. Con este objeto también, vendaje compresivo, i mejor que todo si hai úlceras palpebrales o grutas del ángulo, cauterizar unas i otras, pues el blefarospasmo es muchas veces un fenómeno reflejo de estas lesiones de la piel. Este es el tratamiento tópico único del primer período i hai que abstenerse de todo tratamiento irritante por el calomel o la pomada de precipitado amarillo, que se ven recomendados i sobre todo esta última por Meyer, Wecker i otros autores.

(b) Si se producen ulceraciones, mándese aplicar pános cubiertos de manzanilla o de sahúco (las compresas de agua caliente carbolicada (5 por 100) recomendadas por algunos autores están jeneralmente abandonadas en estos casos, pues pueden agravar las lesiones corneales). Sigase al mismo tiempo con las instilaciones de atropina. Algunos autores recomiendan cuando la pupila se dilata defectivamente, i los fenómenos de irritación son muy pronunciados, de cubrir el ojo con un pedazo fijo de tela fina empapada en una espesa capa de la pomada siguiente:

Glicerolado de almidón 30 gramos

Sulfato neutro de atropina 15 centigramos. Cubrir el apósito con un vendaje protector.

Para estos casos de flictenas ulceradas de la córnea, mientras

duran los fenómenos irritativos, he visto usar constantemente con muy buen éxito por el Doctor Camó, un medicamento de reciente introducción en la terapéutica oculística: la pomada de iodoformo.

El iodoformo, usado desde algunos años, primero al interior por Bouchardat en 1843 como medicamento fuertemente iodado, ha recibido después una aplicación mucho mas vasta en la medicina externa, en las úlceras de todas clases aun cancerosas, siendo el primero que lo preconizó para este uso especial Righini de Novara. Desde entonces los buenos efectos del iodoformo han sido reconocidos por la generalidad de los prácticos i su uso es diario en las clínicas quirúrgicas, aun sin que se haya podido explicar bien por qué mecanismo obra este agente, pues unos admiten que obra simplemente como polvo absorbente (opinión no admitida por la generalidad de los prácticos, pues curaciones hechas con otros polvos inertes, como almidón, licopodio etc, no han tenido ningun efecto semejante.); otros que es a causa del estímulo especial que ejercen las extremidades de los pequeños cristales, opinión que por la generalidad tampoco es admitida. Tambien se quiso explicar su acción como simple agente iodado, pero en experimentos comparativos ha dejado muy atras a las otras sustancias iodadas como la tintura de iodo i el ioduro de potasio. En fin otros, a cuya cabeza está su preconizador Righini admiten que obra como anadino.

Sea como quiera, lo cierto es que es un agente excelente en muchas afecciones quirúrgicas i cuyas virtudes cicatrizantes son en general reconocidas.

Aunque pareciera muy natural que este agente se hubiera ensayado en las afecciones exulcerativas de la vista, esto, sin embargo, ha tardado mucho en suceder, i en ninguno de los autores clásicos modernos que he consultado, veo que se haga mención de una aplicación especial de este medicamento; i con razón, pues solo desde el congreso de Heidelberg de Setiembre de 1881, cuyas



actas llegaron aquí en Mayo de 1882, se emplea el iodoformo en la cirugía ocular europea. Ha sido introducida por Hörner, Nagel, O. Becker etc.

El señor Camó es el primero a quien he visto aplicar el iodoformo a las afecciones oculares, i lo emplea desde una fecha anterior al congreso de Heidelberg de Setiembre de 1881.

En efecto, este distinguido profesor, que con tanta benevolencia me ha dado en la Dispensaria instrucciones prácticas sobre la afección de que trata, ya en 1880, en su memoria titulada "la inflamación en oftalmología" i leída ante la comisión examinadora de la Universidad de Chile, al rendir su prueba de licenciado, dice lo siguiente:

"El uso de la quinina i sus sales nos lleva a citar el iodoformo, cuyas propiedades antisépticas son ha tiempo conocidas de los sifilógrafos, los cuales han sacado gran partido de este cuerpo para combatir las úlceras venéreas i especialmente las fagedénicas, pero sobre cuyo empleo en oftalmología nada se ha publicado hasta la fecha."

"Partiendo de la seguridad de sus propiedades antisépticas i cicatrizantes le he ensayado en las úlceras corneales de la córnea, cuya curación he logrado en tiempo relativamente breve. Tambien se ha mostrado eficaz contra las ulceraciones que dejan las piústulas periqueráticas i especialmente en las queratitis panosas de la conjuntivitis granulosa, en cuyo último caso sus propiedades resolutivas se han puesto de manifiesto; esta consideración me indujo a usarlo contra un exudado querático profundo, que ocupaba cerca del tercio superior de la córnea derecha, consiguiendo que lejos de avanzar la infiltración comenzase a resolverse a los ocho días de tratamiento."

(Véase la publicación de esta memoria en la Revista médica de Santiago, en el número correspondiente al 15 de Diciembre de 1882, pág. 214.)

Actualmente se emplea el iodoformo en la Dispensaria bajo la

forma de pomada cuya fórmula es la siguiente:

(fórmula de Höbner) Iodoformo 1 gramo
 Canino 10 centigramos
 Vaselina 10 gramos

Lo usa el doctor Camo, no solo en las flietas ulceradas de la córnea o de la conjuntiva, sino en todas las afecciones ulcerativas en general tanto de la conjuntiva como de la córnea, i con un resultado magnífico.

Pero, concretándome a las flietas, he aquí como se administra: Desde que se presentan las flietas de la conjuntiva rotas, o desde que aparecen ulceraciones; diariamente con una espátulita se introduce en el ojo enfermo una cantidad como del tamaño de un guisante i se deja en el interior del ojo.

En los numerosos casos que he tenido ocasion de observar en la Dispensaria, no he visto ninguna vez las úlceras profundizarse, mientras que es muy frecuente ver enfermos, que vienen por primera vez, i que no han sido tratados a fuera, o lo han sido de una manera inconveniente, presentarse con ulceraciones extensas i profundas de la conjuntiva o de la córnea.

(c) Cuando la primera irritación ha pasado i las úlceras están bien vascularizadas, entonces solo conviene usar el precipitado amarillo, i no aun la fórmula concentrada de Tegenstcher, sino prescribir cuando mas una pomada al 1 por 50, si el médico tiene que confiar su aplicación a los parientes, i de 1 por 20 si el mismo pone el mismo el remedio.

Este agente como tambien el precipitado rojo, es tambien de un uso muy conveniente, cuando, despues de pasada la reaccion conjuntival, quedan infiltraciones. En este caso conviene asociar su uso al del calor húmedo.

(d) Cuando los dolores ciliares son violentos i la fotofobia muy incómoda, se puede reemplazar los paños calientes por una infusión de belladona hacer fricciones en la frente con la pomada siguiente: (Weber) Precipitado blanco 2 gramos.

Extracto de belladona 2 gramos.

Monterea 8 gramos.

Hacer una friccion mañana i tarde en la frente con una cantidad de esta pomada del grueso de un quísante. Esta pomada tiene el inconveniente de producir frecuentemente la aparicion de eczemas rebeldes en los niños de piel fina.

Por el mismo inconveniente se ha abandonado generalmente los embadurnamientos del contorno de la órbita con la tintura de iodo en los niños, cuya piel es en jeneral delicada.

Si cuando ha macho lagrimeo la atropina se aplica en pomada (1 por 100 de vaselina).

(f) Lo que aumenta muchas veces la dificultad del tratamiento de esta afeccion en los niños, es el blefarospasmo intenso que aparece frecuentemente por causa de la menor complicacion corneal, i que produce una compresion violenta de la córnea, que por irritacion de los nervios superficiales desnudados de esta membrana, tiende a producir una constriccion cada vez mayor de los musculos.

Si los medios que hemos indicado anteriormente, como instilaciones de atropina, vendaje compresivo, etc., no producen el efecto deseado de resolver el espasmo, todo inútil emplear revulsivos cutáneos, como aplicacion de tintura de iodo al rededor de la órbita, pues no se consigue mas que producir inflamaciones intensas de la piel. El bromuro de potasio es tambien en la mayor parte de los casos ineficaz. Poco se consigue tambien con el método enoxes, que consiste en sumergir la cabeza del niño en el agua fria.

Lo mejor que hai que hacer es la canthoplastia, es decir la seccion del ligamento palpebral externo, comprendiendo en la seccion la fascia tarso-orbitaria que se estiene del reborde orbitario al cachilago tarso.

Este tratamiento quirúrgico no debe emplearse, sin embargo, sino despues de haber ensayado la atropina en pomada en

los casos muy rebeldes. i de haberse convencido muy bien de que el blefarospasmo no depende de úlceras palpebrales o de grietas del ángulo externo, lesiones que como ya dijimos anteriormente son causa frecuentemente del blefarospasmo intenso i rebelde.

2. Renunciar absolutamente al empleo de los derivados.

Este parece inútil volver a insistir sobre la absoluta necesidad de renunciar a los derivados cutáneos, pues al escribir este tratamiento he repetido varias veces que con la pomada de belladona, tintura de iodo etc, aplicados en la piel fina de los niños enfermos, solo se consigue producir inflamaciones cutáneas intensas. Con cuanta mayor razón habrá que abstenerse de la aplicación de vesicatórios, que, sin embargo, aconsejan algunos autores.

En cuanto a los derivados intestinales, hai que renunciar tambien a su empleo, pues no producen ningun efecto favorable sobre los procesos flictenulares, i solo pueden aumentar el debilitamiento i los vicios en la nutrición de los pequeños enfermos tan frecuentemente erráticos.

3. Continuar la aplicación de los medios tópicos aun algun tiempo despues de la desaparición de los síntomas inflamatorios.

Este es talvez el tropiezo mayor que encuentra el facultativo en el tratamiento de la oftalmia flictenular, pues, mientras dura el estado agudo, el enfermo se deja curar muy bien, o si es niño pequeño, los padres cuidan muy bien de él; pero una vez que han desaparecido los síntomas agudos, el enfermo se cree sano, no admite ya los cuidados del médico, i aun atribuye a intenciones mezquinas el empeño del facultativo para seguir las curaciones. Pero frecuentes recordos vienen a enseñar lo importante ^{del precepto} de continuar la aplicación de los remedios, durante por lo menos 15 dias despues de la desaparición de los síntomas agudos.

Tratamiento feneral.

Como dije al principiar este capítulo, el tratamiento local es de todo punto necesario, pero no por eso hai que descuidar el tratamiento feneral que constituye en feneral un adyuvante poderoso para el tratamiento tóxico.

Muchas veces, aunque no siempre se encuentra en la constitucion de los niños la indicacion de un tratamiento tónico, anti-erofuloso, indicacion que se llena con los agentes comunmente empleados con este objeto: bacalao, hierro, jarabe de rábano ioda-

Museo Nacional de Medicina

En todo caso, aun cuando no exista el vicio erofuloso, hai que prescribir una aplicacion rigurosa de las reglas hixénicas: observancia de la mas minuciosa limpieza, lavar varias veces al dia los ojos con agua pura, o con solucion bórrea (5 por 100), arrancar diariamente las costras en la blefaritis ciliar. Evitese cuidadosamente, por los motivos expuestos anteriormente, de irritar la piel con vejigatorios; al contrario hai que esforzarse en regularizar las funciones de la piel por medio de lociones frias hechas por la mañana sobre todo el cuerpo con agua salada o agua de mar, o tambien con agua sola a 12° o 14°, pues el agente importante es el frio; baño feneral de tibia si el niño lo tolera bien, i cuidar siempre, sobre todo en niños débiles, de favorecer la reaccion con frotaciones enérgicas despues del baño.

Al mismo tiempo alimentacion tónica, un aire fresco i puro, i residencia en el campo, si es posible.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

VII.

De lo que llevo dicho se puede sacar las siguientes

Conclusiones generales:

- 1/ La oftalmia flictenular es muy frecuente.
- 2/ No lo es tanto, sin embargo, como la conjuntivitis catarral, a pesar de la opinion contraria de muchos autores.
- 3/ Es mas frecuente que en los meses de calor que en los de temperatura variable, i sobre todo que en los de frio; lo cual se puede atribuir talvez a la alimentacion insuficiente de una gran parte de la poblacion que en esta epoca casi se nutre exclusivamente, con sandias, melones i otras frutas.
- 4/ En toda edad, el sexo femenino es mas predispuesto.
- 5/ Es rara entre los niños menores de dos años, muy frecuente entre 2 i 7 años, un poco menos de 7 a 15, pero se encuentra numerosos casos en individuos de 15 a 21 años, i aun en adultos de toda edad, habiendolo encontrado algunas veces en personas hasta de 60 años.
- 6/ Coexiste frecuentemente con la escrofulosis; pero se encuentra muchas veces en personas que no tienen este vicio de la nutricion, de modo que se debe rechazar el nombre de oftalmia escrofulosa dada a esta enfermedad por muchos autores.
- 7/ Las malas condiciones higienicas en jeneral, como alimentacion insuficiente, habitaciones mal sanas, húmedas, no ventiladas etc predisponen mucho a esta afeccion.
- 8/ Están en un error los que creen que sea una erupcion de la conjuntiva, i la llaman herpes conjuntival.
- 9/ Es del todo independiente del trabajo de la denticion.
- 10/ Fuera de las tres formas, simple, miliar i pustulosa, descritas por todos los autores, hai una cuarta, exclusivamente corneal, con o sin coexistencia de flictenas de la conjuntiva, de la cual hacen mención en términos precisos solo muy pocos autores entre otros Hämsen que la llama queratitis flictenulosa. La he descrito bajo el nombre de queratitis flictenular.

- 11/ Esta queratitis flictenular a veces presenta lesiones tan poco manifestadas, que si no se examina bien, se cae en el error de algunos autores que creen en la existencia de una fotofobia idiopática en los niños; que llaman erofulosa.
- 12/ La oftalmia flictenular a veces reviste una forma especial que la puede hacer desconocer, cual es la que he descrito en el capítulo de las complicaciones con el nombre de forma blenorragica o forma catarral.
- 13/ Las complicaciones corneales, no tomando en cuenta la queratitis flictenular, como ulceraciones marginales, o aun centrales, vascularizacion en cinta, pannus erofuloso etc., son muy frecuentes, asi es que tenemos comunmente en lugar de una conjuntivitis flictenular, una querato-conjuntivitis. A veces son muy serias i llegan a producir perforaciones, prolapso del iris etc i como consecuencia leucomas, a veces adherentes, estafomas parciales etc.
- 14/ El pronóstico en jeneral es benigno en las formas simple i miliar, mas serio en la forma pustulosa. En cuanto a la cuarta forma, podemos decir en jeneral que no es grave, cuando es bien tratada; pero las consecuencias son muy graves cuando se trata con agentes demasiado irritantes.
- 15/ Es de absoluta necesidad un tratamiento local.
- En el caso de flictenas conjuntivales no ulceradas, aunque estén en el limbo conjuntival, como sucede en la forma miliar, insuflaciones diarias de calomel al vapor, de la manera como lo hemos indicado.
- Cuando hai complicaciones graves por el lado de la córnea, producidas por la exulceracion de una puistula periquerática, o cuando haya flictenas corneales, i en jeneral, cuando las flictenas se ulceran, aunque tengan su asiento lejos de la córnea, hai que abstenerse del tratamiento irritante por el calomel e instituir el tratamiento siguiente:
- En el primer período de las complicaciones corneales, asi como

al principio de la queratitis fluitenular es decir mientras no haya ulceraciones:

Instilaciones de atropina, como sintomático para disminuir el blefarospasmo i la fotofobia. Con este objeto tambien, vendaje compresivo i ver bien si no hai grietas del ángulo o úlceras palpebrales, que producen frecuentemente el blefarospasmo, i cuando haya estas lesiones, cauterizarlas.

Si se producen úlceras: aplicar paños calientes de manzanilla o de sahúo. Siguese con la atropina, i empléise la pomada de iodoformo.

Cuando la primera irritacion ha pasado, i las úlceras están bien vascularizadas, aplíquese la pomada de precipitado amarillo, que produce muy mal efecto en otras circunstancias, i no la pomada concentrada de Lagenstecher (1 por 8) sino una de 1 por 20 cuando uno mismo la aplica, i 1 por 40 cuando hai que confiar la aplicacion a los deudos.

Úsese la misma pomada cuando, despues de pasada la reaccion conjuntival quedan infiltraciones.

Cuando hai mucho lagrimeo, aplíquese la atropina en pomada (1 por 100 de vaselina)

Contra el blefarospasmo intenso, los medios antedichos, i antes de llegar a hacer la canthoplastia, fijarse bien si no depende de grietas del ángulo o úlceras palpebrales.

Renunciar absolutamente a los derivativos cutáneos e intestinales.

Continuar las curaciones al menos durante 15 dias despues de la desaparicion de los sintomas *irritativos*.

Al mismo tiempo, tratamiento antienfudoso cuando la indicacion existe; i en todo caso observancia de una higiene rigurosa. Baños de tina, si los enfermos lo toleran. Cuando no, frotar todas las mañanas el cuerpo con esponjas empujadas en agua fria. En los niños débiles, hai que vigilar bien se haga la reaccion, i provocarla con frotaciones enérgicas.

24

Santiago Marzo de 1883

P. C. Guldemont



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL