81-7-A=N 17
1884
825
Ca 2538

UNIVERSIDAD CENTRAL
BIBLIOTECA
MEDICINA

1 in anno

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
5315395817

BIBLIOTECA
DE LA
FACULTAD DE MEDICINA

Tésis de

D. José Castañer Martí.

b 18536761
i 25583530

UNIVERSIDAD CENTRAL
BIBLIOTECA
MEDICINA

Tesis del Doctorado.

Patogenia del granuloma y su Tratamiento.

M. S. Tribunal.

Introduccion.

El vasto y variado campo que abraza la ciencia Médica, el inmenso número de títulos que comprende y le pueden escojer para su estudio y conocimiento, ái tambien el mejor examen que merece cada uno de ellos, tanto por la gran importancia que tiene cualquier rama perteneciente

ciente á la ciencia espuesta; como el comprender en mi escasas dotes intelectuales y oratorias, vacilo, estoy turbado y perplejo al querer elejir uno que me sirva de base en el trabajo que he de hacer.

Si bien estos pensamientos que á traves de mi imaginacion pasan, hácenme dificil la guia; no alcanzaria, despues de mis esfuerzos, á completar el cuadro descriptivo y razonado que requiere aquel por el cual me decida; sino comprendiera Señores, que vuestra sabia consideracion fuera un lenitivo y auxiliar poderoso á mis cortos alcances. Asi pues, permitireis me fije en la rama oftálmica á quien tengo predilecta aficion esponiendo algunas consideraciones sobre la Patogenia del granuloma

y su tratamiento.

Mas antes de entrar en el estudio importante de la tésis formulada, conviene para su estudio señalar un bocato ó cuadro general ordenando los puntos que he de tratar.

Como en todos tiempos se ha discutido por los Oftalmólogos el sentido estricto de la granulacion ya por su importancia teórica como su gran trascendencia clínica, destinaré una parte de mi trabajo á esponer las varias clasificaciones y opiniones para á continuacion limitar la verdadera acepcion que tengo de esta afeccion morbosa, apoyado en lo referido por varios comprofesores. A continuacion señalaré su denominacion propia, la manera como se permuta y desarrolla en su tejido predilecto y haciendo incapié

en las fases evolutivas admitidas por varios especialistas, incluiré mis pruebas caracteres macroscópicos y microscópicos.

Al llegar á este punto compete indicar los tratamientos que se han planteado y seguido y formularé el plan terapéutico mas aceptado que se base en el caracter anátomo-fisio-patológico de la neoplasia que estudiamos.

Por último como complemento deduciré las conclusiones que resulten de los razonamientos espuestos.

Primera parte.

Terminado ya el esquema de lo que sucesivamente hemos de narrar en el decurso de este pequeño trabajo, entraremos

de lleno en materia y á fin de poder circunscribir el concepto que otro se debe tener de la granulacion verdadera de Desmarres, Wecker, Galezowski etc. diré:

Que Warton Jones admite dos especies de granulaciones, la forma folicular que ocupa la conjuntiva retro tarsiana y la papilar situada en la porcion tarsiana de la conjuntiva.

Stellwag von Carion hace una division de las granulaciones en verdaderas, papilares, mixtas y difusas.

Abadie considera una conjuntivitis folicular distinta de la verdadera granulacion.

Galezowski divide las granulacio-

nes en verdaderas, neoplásicas ó tracho-
ma, granulaciones catarrales ó milia-
res y granulaciones falsas.

Wecker establece primero la divi-
sion en agudas y crónicas y estas lla-
madas tambien en la antigüedad trackoma-
ta por Hipócrates y aspereza por Galeno,
las subdividió en simple ó granular, mix-
ta y difusa.

Delgado Jugo creia que las
granulaciones se formaban de un esta-
do avanzado de la conjuntivitis puru-
lenta y las dividia en miliares ó sim-
ples de Wecker, pavimentosas ó tirianas
de (Deloeaux y Guyomar) en recuerdo
de Tiry que las describió perfectamente
y difusas.

El Dr. del Toro dignísimo compatrio-
ta y esclarecido Oculista, comprende u-
na seccion de conjuntivitis neoplásicas
y considera en ellas tres formas: pupi-
lar, foliculosa y granulosa.

Señores, estas y otras clasificaciones
que han formado los autores, parecen
á mi entender les ha guiado dos con-
ceptos. La incertidumbre en fijar un
tejido que fuera verdaderamente el ori-
ginario de la neoplasia y la manera
como han creido evoluciona y cons-
tituye el tumor que realmente hoy
los Histólogos le dan el nombre de gra-
nuloma.

Sentaremos como admitido que
la afeccion que estudiamos es un tu-

mor, por empezar de una prolife-
racion de elementos celulares que tien-
den á crecer continuamente; ya procedan
de otros preexistentes, ya de un plas-
ma organizable.

Aunque estas dos teorias son las
que mas se discuten y disputan su
primacia en la actualidad por
los estudios de Elementologia que se
han hecho, nosotros ahora las e-
nunciaremos y mas adelante espon-
dremos nuestro parecer en favor de
una de ellas basado en conocimien-
tos Histológicos que ha apoyado
especialmente Wirchow. La prime-
ra de las teorias reinantes supone a
parece en el tejido celular interpapi-
,

lar de la mucosa conjuntival, por pro-
liferacion en la mucosa de las células
ó corpúsculos linfáticos del tejido conjun-
tivo y la segunda que dice nace
de la organizacion de un plasma e-
xudado, por hallarse en mayor activi-
dad funcional el tejido mútivo de la
conjuntiva ocular.

Entre los partidarios de la prime-
ra hipótesis enumeraremos á los Docto-
res Wecker, Galezowski, del Toro ect. y
siguen la segunda Rosbroeck, Hairion,
Tiry y otros.

Nosotros creyendo que para toda
uniformacion es necesaria la pree-
xistencia de elementos celulares, segun
confirma Wirchow en su teoria re-

presentada por el omni cælula á cælula, nos inclinaremos á pensar con Wecker que el primitivo origen del granuloma es debido á un aumento en la irritacion formatriz que hace proliferar los nucleos de las, células linfoides? del tejido conjuntivo existente en la trama sub-epitelial de dicha mucosa. Esta esposicion pudierase aplicar á la granulacion que igualmente se presenta, dadas sus abonadas circunstancias, en las mucosas vaginal y uretral.

Ahora bien, conforme con nuestra opinion dividiremos las afecciones que dependan de esta

misma causa y se manifiesten bajo el aspecto de tumor en tres especies que son: el granuloma, el papiloma y el adenoma.

Primera granuloma. Entenderemos por tal la neoformacion en el tejido celular conjuntival de las células linfáticas. Segunda papiloma. Denominaremos así á la produccion accidental que se desarrolla en las papilas, separándola de la hipertrofia papilar que generalmente se presenta durante las fases evolutivas del granuloma. Tercera adenoma. Distintinguiremos bajo este nombre á la hiperplasia de los elementos glandulares sub-epiteliales

de la conjuntiva llamados foliculos cerrados que Fairion le da gran importancia considerándola como esclusiva y patognomónica en la oftalmia de los adultos que es muy comun su presentacion en los paises calidos Egipto, Judia y Argelia. Esta afeccion segun el Dr. Cuignet de Lille presenta dos formas; la primitiva que proviene del contagio y la secundaria que se nota por la aparicion anterior de las granulaciones de tiempo mas ó menos distante.

Faltanos dilucidar el motivo porque nos inclinamos á dar la preferencia á las ideas linfá-

ticas como originarias de la neoplasia que hemos denominado granuloma y para ello distinguiremos en primer lugar los caracteres macroscópicos y microscópicos que tienen el adenoma, el papiloma y el granuloma conjuntival y seguidamente demostraremos el caracter que ya hemos iniciado le da preferencia de origen al granuloma.

Las granulaciones hay que distinguirlas de las demas neoplasias que hemos asignado en nuestra clasificacion; macroscopicamente por su forma, color y emplazamiento y microscopicamente por su estructura histologica.

Empezaremos por distinguir la granulacion del folículo hiperplasiado considerándolo como elemento del tejido glandular en estado conformativo y diremos. Que la granulacion tiene esencialmente una conformacion redondeada de un milímetro de diámetro sobresaliendo de la superficie de la conjuntiva, de manera que la base de implantacion se estienda mas que la altura de la granulacion. El folículo se presenta propiamente sobre la superficie conjuntival teniendo la mayor parte de las veces la forma ovalada desde su base. Los folículos ademas se presentan en series lineares incidiendo de una

otra que entre dos de ellos la conjuntiva forma una depresion poco pronunciada, al contrario de lo que ocurre en la granulacion que se eleva en forma de pico, de modo que si algun grupo de estas neoplasias se encuentra amontonada dejan entre ellos surcos profundos. Como otro caracter hay que tenalar que las granulaciones son susceptibles de adquirir dimensiones mas que jamas alcanzan los folículos.

La coloracion de los folículos es gris amarillenta y gris-rozada como la de las granulaciones, pero los folículos conservan mas uniformemente el color gris amarillo trasformándose poco en rojo y rozado, color que

tienen en sus diversas fases las gra-
nulaciones. Una vez que la granu-
lacion adquiera un desenvolvimien-
to considerable está diáfana como
el folículo; pero esta diafanidad no
llega á la trasparencia que toma
el folículo.

Su desenvolvimiento no es seria-
lineares como los folículos, sino tra-
cia el fondo de saco y borde adhe-
re del tarso superior limitan su cre-
cimiento en forma de islotes. Un carac-
ter muy distintivo hay respecto á su
emplazamiento y es, que así como
los folículos se desenvuelven en el fon-
do de saco óculo-palpebral y borde
adherente del tarso inferior, las gra-

nulaciones tienen como predilecta la
conjuntiva superior.

El aspecto de la conjuntiva folicular
en un estado de desenvolvimiento que
pudiera dar alguna confusion con
la granulacion, ofrece los folículos au-
mentados en número y volumen pre-
sentando un párpado ligeramente de-
matoso y sus papilas confluentes; mien-
tras en la mucosa invadida verdadera
mente de granulaciones, el tejido con-
juntival ambiente tiene participa-
cion notable, de tal modo, que las
papilas estan aumentadas de volumen
en medio de las voluminosas y abun-
dantes granulaciones; no encontrando
nunca en este estado de la mucosa

las papilas intactas.

Histológicamente el folículo se separa por una envoltura del resto de la conjuntiva y la mancha folicular al multiplicarse divide y limita á las de su derredor. La granulacion forma una ampolla de la mucosa se cubierta uniformemente por una capa epitelial, ampolla que hacia su base se junta en límites precisos al estroma conjuntival. La base de la granulacion está únicamente compuesta, de un estroma celular que naciendo del estroma conjuntival va en disminucion progresiva hacia su base. Respecto al punto donde se fija es reemplazado por una porcion de

células que á medida que se encuentran en la cubierta epitelial, se amontonan de tal modo, que es imposible apercibirse de otros elementos. Unicamente dignos de lo dicho se puede ver la existencia de vasos.

La última distincion que podemos hacer entre los folículos y las granulaciones, consiste en decir que si bien en unos y otras desaparecen por reabsorcion, en aquellos es esto muy general, mientras que en estas terminan algunas veces sus fases por una que se denomina de cicatrizacion, puesto que ahí se presenta, como veremos, el aspecto del tejido.

Vamos á diferenciar la granula-

cion de las papilas en un estado de te-
jido hiperplásico y para ello en un
examen encontramos que la granu-
lacion se eleva, en forma de vejiguí-
lla redondeada, semi-esférica, de ba-
se larga, del nivel de la conjuntiva
y la papila hipertrófica se prolon-
ga de manera que su longitud
es mayor que su latitud. Hállase cons-
tituida la papila por un haz de tejido
celular en forma de pincel, entremez-
clado de vasos hasta cerca de la cubierta
epitelial, habiendo entre ellas y la trama
que forman una pequeña cantidad
de elementos linfoides. Considerando es-
trictamente la calidad de los elemen-
tos histológicos de una granulacion y

una papila, es evidente que hay ana-
logia entre ellos; sin embargo, en la dispo-
sicion de los mismos hay una diferen-
cia marcada.

La granulacion aunque se desen-
vuelva sobre una larga superficie se e-
leva alguna vez en una parte del
cuerpo papilar y se ve aun con las cur-
vaduras de la cubierta epitelial, pero
jamas se observará entre las granula-
ciones las disigualdades de nivel que pre-
sentan las vellosidades formadas por las
papilas.

El color de las papilas es carmi-
noso por su riqueza en vasos colocados
en un derredor. Este color no lo presenta
la granulacion sino que únicamente

llega desde el opalino hasta el rosado.

El emplazamiento de las granulaciones es sobre toda la superficie de la mucosa conjuntival hasta la que cubre la cornea. Este hecho de aparecer sobre el globo ocular y el limbo conjuntival donde no hay papilas y por consecuencia no pueden hipertrofiarse, es un signo diferencial de las otras psicosis. Igualmente ocurre respecto á los folículos que no existen sobre el revestimiento corneal y por tanto no se hipertrofian.

Pasemos á deslindar otro punto de trascendencia explicando el porque consideramos á la naturaleza de la granulacion como una neoplasia y por tanto de comun acuerdo con las

ideas de los oncologos modernos la llamamos granuloma.

Se ha observado presentar sobre puntos múltiples de la mucosa infiltraciones linfoides subepiteliales, trayendo el desenvolvimiento de un tejido de nueva formacion que dejará al sitio de origen una cicatriz muy retractil.

Bajo el punto de vista histológico es absolutamente indiferente, que la infiltracion linfoide sea debida á una proliferacion de las células del estroma conjuntival que entrando en nuevo estado desaparece, ó que la diapédesis determinando acumulacion de células nuevas haga desaparecer el estroma retrazándole y comprimiéndole. Esto no es dudoso por

ser un montón de células que se organizan previa la formación de un tejido de existencia muy pobre, que tiende muy pronto á su desaparición dejando una cicatriz que pone la facultad de retraerse visiblemente y de disminuir por esta retracción la nutrición de las partes vecinas.

La acción destructiva de la granulación no consiste solamente en la aparición de focos múltiples de infiltración linfoide, en haber sustitución al estroma conjuntival, sino en que allí á la desaparición de estos focos por retracción enérgica del tejido nuevo se trasforman y producen una perturbación tal que quita la circulación y nutrición de

las partes ambientes. Esta perturbación no se limita á la mucosa, pues invade lo mismo al tejido de su alrededor muy particularmente al del tarso.

En el caso de que quisiéramos á la granulación considerarla de tanta gravedad que hasta la llegáramos á comparar con la de los tumores malignos, porque quita elementos celulares á su aparición y pone en peligro á los vecinos hacia el momento de su desaparición; todavía nos faltaría saber si en medio de la gran desorganización local que produce algunas veces, participa del privilegio de propagación por infección general, como se sabe ocurre en el tubérculo y el cancer.

Estas cualidades inherentes á la granulacion son las que le dan el caracter de neoplasma, distinguiéndola de todas las otras alteraciones análogas, en que los elementos normales de la conjuntiva se hipertrofian y no comprometen la integridad de la cosa para volver á su normalidad.

Ya que nos hemos ocupado de la cuestion oncológica del granuloma vamos ahora á definir, hasta donde cabe en el estado actual de la ciencia, de que elemento histológico nace este tumor.

Difícil y de gran escollo es para mí la resolucion de este punto, sobre

todo, hallándome inferior en la escala de todos los Oftalmólogos y que hasta el presente se han esforzado para decidir cual es el tejido que se podia considerar como madre originaria del granuloma y todavia no han vertido la última y definitiva palabra. Sin embargo, dispuesto de preparaciones y guiado por lo que dicen los autores, con ayuda de mi reflexion, me inclino á sospechar sean las células linfáticas del tejido conjuntivo las originarias, pues dice el eminente Dr. Weber que despues de varios ensayos hechos en algunas preparaciones microscópicas ha logrado encontrar semejanza alguna en la formacion del granuloma y del tubérculo, pudiendo á demas afirmar de aquel, que en su prin

cipio hacia período no fijo ha visto desaparecer las células linfoides, convirtiéndose en un tejido celular muy diáfano y de corta existencia.

Vocamos exponer aquí los caracteres propios del granuloma en sus distintas fases, como si al observarle viéramos exclusivamente este tumor de una manera aislada en el tejido afecto; y terminaremos después esta parte dando algunos datos teóricos y prácticos de la causa que determina y ocasiona probablemente esta afección.

No habiéndose dado el caso de ver el granuloma en su primitiva fase, sino cuando ya está más ó menos desarrollado, le distinguiremos entonces bajo la

forma de unas pequeñas elevaciones redondeadas, pediculadas unas veces y sentadas otras, de color gris-rojizo, semitransparentes, de apariencia gelatinosa y sin ningún contenido líquido. La superficie es lisa tapizada de células epiteliales que contienen núcleos ovales. A su alrededor se encuentra la sustancia del estroma alterada, infiltrada y cada vesícula tiene en su interior células simples, redondeadas, globulosas y hialinas de volumen dos ó tres veces mayor que los glóbulos de pus. Distínguense además varios finos y una red de fibras elásticas del tejido conjuntivo.

Los núcleos según Wirchow son células poco adelantadas en su desarrollo que una vez formadas entran en período re-

gresivo unas veces y otras se desarrollan adquiriendo un aumento considerable.

El granuloma es una de las producciones orgánicas que mas pronto llegan á su periodo de regresion, trasformacion que se verifica perdiendo casi siempre su aspecto primitivo, particularmente en su forma que se ve mas aplanada, en su color que se va trasformando en gris y semi trasparente, en cuyo estado permanece por espacio de un tiempo mas ó menos largo que constituye la primera fase ó periodo que podemos llamarle de crecimiento. En un segundo estado ó fase en que la granulacion se opacifica cambiando su color en blanquecino primero y luego poco á poco se hace amarillento

se deforma é hipotrofia determinando la época que pudiéramos llamar propiamente distintiva en la granulacion. Siguiendo su marcha ya se avanza hacia su estado regresivo bien por una mórfosis grasienta como Artt dice haber observado muchos casos y cuya trasformacion se caracteriza porque el tejido conjuntival adquiere un aspecto amarillento, las granulaciones se ponen mas secas, duras, caseosas y toman una apariencia tuberculosa, permaneciendo en este estado por mas ó menos tiempo, bien otras veces las granulaciones desaparecen por la reabsorcion de los productos de la degeneracion grasienta, en cuya época, ya espontaneamente, ya por

influencia de cauterizaciones trasformar en tejido cicatricial el celular de la conjuntival. Así dispuesto el tejido, se ve, una vez invertidos los parpados, la mucosa lisa, sin vasos y con incurbaciones debidas á las de los fibro cartilagos, sobreviniendo un acortamiento de consideracion hacia los fondos de saco que constituyen la última fase de la granulacion denominada cicatricial.

Hemos anunciado antes la idea de la existencia de una causa determinante y otra ocasionadora, para la formacion de este neoplasma; mas ahora diremos; en primer lugar, que las estadísticas formadas de las múltiples

observaciones hechas en las clínicas de distinguidos prácticos resulta, que esta afeccion predomina la mayor parte de las veces en la clase proletaria, que por una mala alimentacion y pesimas condiciones higiénicas, les ponga en disposicion abonada para que una causa local le sirva de ocasion propicia á la aparicion del granuloma.

Los autores sin embargo, han divergido mucho en su opinion, respecto á creer si efectivamente habia ó no esta causa general que unos Hasner, Arlt y otros autores admiten bajo la denominacion de diátesis; creyéndola de igual modo que ocurre en la escrófula y el tubérculo. Esta opinion es rechazada

por Galezowski, diciendo que en los individuos gra-
nulosos no se encuentra una sola mani-
festacion general ni siquiera su tenden-
cia á ello; admitiendo por el contrario o-
tra hipótesis que le parece mas racional
y mas probable basada en la suposicion
del desarrollo de un parásito vegetal, lo
cual le apellida á la teoria de parasita-
ria. Dice ademas que la acepta al me-
nos para un determinado número de
casos; pero esta teoria aun no esta bien
comprobada si bien hay que considerar
en ella un avance mas en pro de los
conocimientos actuales de Medicina y Ci-
rujia y deja en parte la idea espues-
ta por Tiry de la existencia de un
virus, lo cual deducia de esperimentos

practicados por inoculacion de las muco-
sas vaginal, uretral y conjuntival unas
á otras y vice-versa, en que siempre
consiguió la presentacion de la granu-
lacion del tercero al quinto dia y como
esto mismo lo confirmase el Dr. Delga-
do Jugo, creyeron y consideraron á esta
afeccion como virulenta y contagiosa. Al
propio tiempo que opinan así Tiry y Del-
gado, el Dr. Wecker se opone con la si-
guiente pregunta. Esta contagió está
ligado directamente con la secrecion ó
es debido á las fases inflamatorias que
acompañan mas ó menos al tejido
mopláneo? porque esta secrecion no
la produce necesariamente la misma
enfermedad, sino que es provocada

por una predisposicion del sujeto.

Otra manera de pensar que fué sustentada por Stellwag von Carion era la que decia que las granulaciones conjuntivales se desenvolvian esporádicamente, cosa que es dificil ligar con los medios de trasmision que se presentan; lo cual nos aparta de la idea de la esporaicidad.

Ademas, las granulaciones trasportadas de un individuo á otro pueden causar segun Gosselin y Desmarres ya una oftalmia purulenta, ya una granulosa, ya una simple catarral y admitiendo sobre todo este último que la reproduccion habitual es diferente á la que la engen-

dra.

De manera que en conclusion podemos decir, no tenemos mas que probabilidades de conocimiento en las causas general ó remota y local ó próxima de esta enfermedad. Manifestando mi pobre opinion de considerar como causa general al estado de pauperismo y á ciertos estimulos cual bota-fuegos ocasionadores, daremos fin á este capítulo.

Segunda parte.

En esta seccion de nuestro trabajo indicaremos los fundamentos básicos en que se han apoyado los distintos Oftalmólogos para señalar tantos medios

de tratamiento como existen.

En primer lugar hay que advertir es necesario, segun acertadamente dice Mor. Arbt, levantar el estado moral del enfermo.

Otra indicacion de gran importancia preventiva para el tratamiento, es poner al enfermo en las mejores condiciones higiénicas posibles.

Siguiendo el orden correlativo mas procedente debemos fijarnos en los tratamientos farmacológicos; pero antes sentaremos las dos premisas siguientes:

Primera. Todo plan terapéutico que tienda á combatir directamente la granulacion para su destruccion es peligroso.

Segunda. Es necesario marchar en el tratamiento por el camino que nos tiene trazado la naturaleza, para lo que conviene una cierta degradacion de vascularizacion y supuracion de la mucosa que necesariamente hace desaparecer el tejido neoplásico formado en esta membrana.

Como quiera que naturalmente se ha presentado alguna vez en el curso del granuloma asociada la inflamacion purulenta y esta manifestacion ha sido conveniente hacer uso de cauterizaciones reiteradas con mas ó menos frecuencia segun los casos; de modo que se degeneren y mantengan en un estado

é intensidad tal de turgencia los
tumores, que no proporcional á
la masa de tejido neoplásico.

Entre los medios empleados estan
los ácidos carbólico y salicílico que
producen pocos beneficios.

Siguen los cáusticos, que pueden
citarse como de algun resultado prác
tico el nitrato argéntico en solucion
y en cilindro, el sulfato de cobre en cris
tales, el sebacetato de plomo líquido,
el ácido clorhídrico, el nitrato áci
do de mercurio y en general la ma
yor parte de los ácidos enérgicos se han
empleado por los distintos autores,
con lo cual cumpliendo el segundo a
forismo dicho antes, se busca dismi

nuir la actividad circulatoria y conseguir
la segricion del granuloma ó sostener
cierto grado de actividad funcional que
vaya progresivamente favoreciendo su
reabsorcion.

Actualmente se sigue por la ma
yor parte un procedr mixto que
consiste en cauterizar la granulacion
con el sulfato de cobre en cristales aso
ciado entre cada cauterizacion del
empleo de la solucion gomoso-fénica
de Hairion en instilaciones á fin de
sostener en menor actividad las celulas linfá
ticas, que impidan por la coagulacion de
la albúmina su reproduccion y acaben
pronto en la trasformacion caseosa del teji
do neoplásico que últimamente se

rabrosbe.

El Dr. Orio opina que las cauterizaciones son perjudiciales como medio de tratamiento para el granuloma; prefiriendo hacer uso de la disolucion concentrada de tanino y láudano, bajo dos procedimientos; ya en instilaciones dirijidas hasta el fondo de saco ócular palpebral, ya en vaporizaciones haciéndolas á gran calor sobre la superficie de los párpados que previamente se han ranversado hacia afuera y cuyo proceder se sigue con el aparato de Matieu ú otro adecuado.

No encontrando seguridad los prácticos con los tratamientos espuestos, y continuados los observaciones y esperimentos,

el Doctor Wecker halló próximamente hace dos años por casualidad, un medio que creyó de gran eficacia y buen resultado en la curacion del granuloma. Refiérome al empleo de la maceracion é infusion del endosperma de la semilla brasileña llamada jequirity; que ha producido, sobre todo en sus primeros momentos, un entusiasmo tal en todos los Oculistas que dudo haya nadie capaz de desconocerle en la actualidad practicamente.

Las maneras principales de usarlo han sido las lociones y las fomentaciones. Nuestro digno compañero y amigo el Dr. Orio ha ensayado tambien esta semilla en proporciones convenientes bajo

la forma de pomada aplicada directamente sobre la conjuntiva y dice despues de ello en el Siglo Médico y otras publicaciones que no acomseja este proceder porque siendo un medio demasiado activo é irritante, su accion es escesiva intensa y de muy inmediata energia sobre el referido afecto.

En cuanto á los resultados favorables obtenidos en el granuloma con el abrazo procatorius, Wecker como iniciador ha demostrado gran entusiasmo, al publicar varios casos de curacion completa en los anales de Oculística de Paris y deducir por otras muchas mas observaciones las tres

conclusiones que espero á continuacion.

Primera. Que indudablemente las lociones con la infusion de granos de jequirity dan una oftalmia purulenta de naturaleza crupal, que podemos graduar la intensidad segun el número de lociones que demos y segun la fuerza de la solucion que empleemos.

Segunda. Es indudable que la cornea no sufre ningun peligro durante la evolucion de la oftalmia jequiritica.

Y tercera, que indudablemente la oftalmia jequiritica cura rápidamente las granulaciones, siendo especial que desaparece un

ningun tratamiento y obliga á estar solamente al enfermo en una habitacion oscura de ocho á doce dias.

He dicho antes que demuestra entusiasmo el Doctor Wecker, lo cual es propio de todo hombre de ciencia que quiere sacrificarse en pró de los conocimientos útiles y de la humanidad, porque despues de sus citas y conclusiones ha habido diversidad de pareceres tóricos y práctico, de los que unos han apoyado y enaltecido y otros han rebajado y desechado el éxito del jequirity.

El Doctor la Peña en su re-

vista de Oftalmologia práctica, no solamente apoya las conclusiones del Doctor Wecker, sino que insiste en observaciones particulares diciendo que el jequirity es un medio seguro que cura pronto las granulaciones.

El Doctor Oiro apoyado con experiencia propia formada de muchos casos en quienes ha empleado el jequirity, que hoy por hoy no asegura la curacion del granuloma aun habiendo empleado el empleado remedio tres ó cuatro veces sobre un mismo paciente; advierte sin embargo, que de una manera cierta y positiva hace desaparecer completamente el pan-

nuez.

Réstame indicar el uso de las escarificaciones, no como medio de tratamiento general, sino en los casos que durante la marcha de las granulaciones se presentan inflamaciones agudas y está muy ingurjitada la mucosa.

Cuando en el curso de las granulaciones se ha interesado la cornea y existe un pannus considerable hacen uso como medio de tratamiento especial, de los fomentos calientes empapados de soluciones disinfectantes; y de esta complicacion presenta soluciones de continuidad en la cornea, siguiendo una central

ó periférica se instilará la atropina ó la eserina, una y otra en soluciones convenientes.

Despues de todo lo dicho en la enumeracion de los variados tratamientos que se conocen á ninguno doy la preferencia como de éxito seguro, por demostrarlo de una manera evidente todos los prácticos y haberlo comprobado yo mismo en mi pobre y reducida experiencia.

Desgraciadamente continuaremos paliando mas ó menos á los granulosos, hasta el momento feliz en que podamos disponer de algun medio para su curacion.

Tercera parte.

Indicado á grandes rasgos el tratamiento voy á reasumir exponiendo las conclusiones que se pueden sacar de todo lo dicho en este trabajo.

Primera. El granuloma es un tumor variable en su origen, marcha y terminacion.

Segunda. El granuloma nunca se ha aislado en la mucosa conjuntival.

Tercera. El granuloma es generalmente de larga duracion y variable en sus fases.

Cuarta. El granuloma la mayor parte de las veces es rebelde al tratamiento, siempre que se emplée alguno de los conocidos hasta la actualidad.

He terminado. Ilustre Tribunal; sentiria haberos molestado, no solo por la aridez de mi lenguaje, sino que tambien por la estension que he dado á este trabajo. Pero confiado en vuestra benevolencia he continuado; cegado por mis ideas en pro de la claridad de los razonamientos he expuesto cuanto conozco y anhelo seguir los progresos de la ciencia, pareceme ver no lejos mas demostrable la verdad de ciertos temas co-

mo este de la Medicina, qué del presente se hallan envueltos de alguna oscuridad

He dicho

COLEGIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA MADRID

José Castaño
Martín