

Sanchez J S

77-4

~~Dr. Sanchez~~
Dr. Gomez Ocaña

Las conjuntivitis secretoras
de la infancia.

81-1-C-6

No
1821

ca. 2403
(1821)

y por ende la diseminación de la mas terrible enfermedad ocular, por sus diferentes complicaciones corneales ó de otra índole en los primeros dias de vida de los niños; y en cuanto á las diferentes edades, esta profilaxia ha de estar buen número de los que actualmente por falta de divulgación y generalización de conocimientos de las causas de contagio son expuestos á ser víctimas de un peligro evitable.

El haberse preconizado muchos medicamentos, indica ya la rebeldía de ciertas conjuntivitis secretoras y las dificultades que en el tratamiento se encuentran; y se comprueba que sea así, pues por un lado hemos de impedir y anular la acción de un germen patógeno, que abundando con frecuencia en las conjuntivitis catarrales purulentas. Hemos de combatir, que se reproduce durante mucho tiempo sin debilitarse, que su vitalidad se agota difícilmente, vive en todo objeto en que se deposita, en tanto no se encuentre desecado completamente y está, en fin, dotado de gran resistencia á los agentes destructores. Las controversias en

la recomendación de tantos y tan diferentes remedios, obliga a nuestro entender a traer públicas todas las observaciones particulares, a aportar cada uno en las medidas de sus fuerzas el fruto de sus investigaciones, y a contribuir por todos los medios a levantar la punta del velo, que cubre los misterios del agente ó agentes microbianos específicos, que se pretenden en muchos casos a desacreditar por acción irrefragable, a los mas potentes antirepticos conocidos.

Si como hemos de probar en el decurso de este trabajo, contamos en el tratamiento de las conjuntivitis secretoras con remedios y modos de administrar de eficacia conveniente, entre los que hay buen número que permiten selección, y adoptar aquellos que carecen con mas éxitos, aquellos que en la experiencia propia hayan dado mejores resultados, y como testimonio de mas validad, el de indiscutible importancia el de la observación clinica a él nos dejemos y atenemos.

Por creer de conveniencia este trabajo, sometémosle a nuestro sabio dictamen, con el temor de ver defraudadas nuestras espe-

razas, si en el intento de dar fin á algo útil, no es aseedor á
vuestra atención, y digno de los que en dias no lejamos intenta
ran con sus enseñanzas hacer brillar en vuestra mente, brás
de intensa claridad científica, que iluminaran nuestros pa
sos en el camino difícil de la ciencia mas importante de los
conocimientos humanos.

Benemos, en fin, el honor de poner en manos de ese sa
bio Tribunal esta Memoria, esperando de su benevolencia mi
fallo satisfactorio.



LAS CONJUNTIVITIS SECRETORAS DE LA INFANCIA.

Entendemos por conjuntivitis secretoras, la inflamación mas o menos intensa de la mucosa oculo-palpebral, caracterizada principalmente por la producción de una secreción mucosa o purulenta, esudados crupales, infiltraciones en su superficie o espesor, y originadas en circunstancias abonadas, por la acción de agentes infecciosos.

El nombre de oftalmia que se usó antes como término genérico de las afecciones visuales, utilizóse después para designar las inflamaciones de la conjuntiva: si en contados casos de conjuntivitis, las lesiones traspasaron los límites de la conjuntiva oculo-palpebral, el tener siempre por punto de partida dicha mucosa, justifica que se designen con tal nombre. Ha

cornea cuando está atacada es después de iniciarse la afección, y cuando es algo grave el caso, la cornea forma parte de la conjuntivitis típica, no siendo lógico describir aparte las queratitis por lo que deben comprenderse sus lesiones, en el de la conjuntivitis de la propia especie.

La inflamación de la conjuntiva puede afectar y afecta las formas más variadas, por ser su superficie accesible a todos los microbios patógenos, por poder adquirir virulencia sus saprofitos no patógenos, en ocasión de ciertas circunstancias especiales, y por ser acomodada a revelar las diatesis orgánicas en diversas alteraciones.

Las clasificaciones etiológicas son en patología las mejores, por dar la noción causal a la terapéutica, que debe ser ante todo etiológica. Pero en cuanto a la conjuntivitis secretoras, esta clasificación actualmente no puede hacerse, porque los conocimientos bacteriológicos no son lo perfectos que lo que wishumbra la ciencia han de serlo en no remota fecha, y porque es menester tener en cuenta tanto más el terreno que la resulla, con tener esta tanta importancia, puesto que cierta diatesis

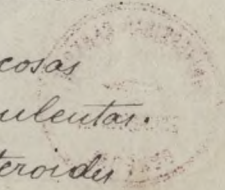
pueden producir según cual sea el agente infeccioso, los resultados más diversos. Creemos no está lejano el día, en que las conjuntivitis que dan ser descritas según cual sea el agente infeccioso que las origine, separadamente; hoy en cambio, creemos no se está autorizando para describir separadamente la debida alguna cosa, por el hecho de que se encuentre en la relación de frecuencia (58 por 100) con los demás microbios que producen también las conjuntivitis catarrales purulentas, en los niños recién nacidos, sobre todo, en que más ha abundado y se ha podido demostrar.

La nomenclatura, pues de la conjuntivitis debe basarse sobre los signos clínicos, por su fijera, por no ser susceptible de variación en el tiempo, porque cualquiera que fuere la etiología microbiana ha de sufrir modificaciones en el curso de los estudios bacteriológicos; por esto, en contra de lo que podría sospecharse, las recientes nociones de etiología microbiana no han alterado las clasificaciones. Fundadas en la etiología microbiana, las clasificaciones habían de carecer de valor real práctico, por que el mismo microbio puede originar y origina lesiones diversas.

Se pueden observar conjuntivitis catarrales mucosas, serosas o mucopurulentas producidas por el diplobacilo de Morax, el bacilo de Koch & Weeks, estafilococos, micrococcus cereus, pneumococos y estreptococos piógenos atenuados y conjuntivitis catarral francamente purulenta, producidas por el gonococo, estafilococo, el pneumococo el bacilo de Koch-Weeks, el diplobacilo de Morax, bacillo coli bacilo y otras bacterias, que por grados diferentes de virulencia, condiciones del terreno etc, constituyen las conjuntivitis catarrales, el estado inflamatorio que en la actualidad debe serle llamado estado catarral.

En las conjuntivitis de pseudo-membranas pueden observarse el bacilo de Klebs-Goffler, el estreptococo, estafilococos etc ya solos, ya asociados, predominando unos u otros, según la forma de la enfermedad, según sean las membranas superficiales de revestimiento o sean intersticiales, superficiales o profundas.

Las conjuntivitis secretoras deben dividirse en:

- a) conjuntivitis catarrales
 - { mucosas
 - { purulentas.
 - b) pseudo-membranosas
 - { difteroides
 - { diftericas.
- 

Todas estas conjuntivitis secretoras pueden padecerla y la padecen no solo los niños recién nacidos, los de la primera infancia sino también los de la segunda, si bien son más frecuentes en formas en niños que en otros en las distintas edades de los niños.

No aceptamos los nombres de conjuntivitis crupal o pseudo-membranosa dado a una de las formas del segundo grupo establecido, porque la denominación de pseudo-membranosa conviene como término genérico a ambas ^{#110} y debe substituirse por expresar un carácter clínico fundamental que conviene a las dos formas, ni el de intersticial dado a la forma difterica, porque la infiltración es unas veces superficial y afecta el epitelio de la mucosa conjuntival y otras es profunda, comprendiendo todo el espesor de ella, y si existe fundamento para estimar de valor el carácter anatómo-patológico, debía también haberlo para hacer una descripción separada y esto no es lo posible, porque la fenomenología clínica no da datos bastantes para hacerlas distinguibles. El bacilo de Klebs-Loeffler desempeña un papel en la producción de la enfermedad, y los estreptococos estafilococos etc para determinar las formas de las conjuntivitis pseudo-membranosas. Es pues útil designar con los nombres difteroides y dif-

terias estas formas: esta última estará caracterizada por el dominio del bacilo diftérico, aquellas, aunque exista este en estado de bacilo corto, su papel es secundario y su carácter residirá en las manifestaciones clínicas producidas por el predominio de los otros bacilos que la originan.



ETIOLOGIA Y PATOGENIA.

Conjuntivitis catarrales.

Conjuntivitis catarral mucosa. Una que llama A. Person (1) autisequia fisiológica de la conjuntiva, se logra por la función continua de las glándulas lagrimales situadas en la conjuntiva bulbar y parpederal y en el fondo de saco superior. El epitelio de la conjuntiva, descañándose con facilidad, deja vía a las infecciones, si la existencia del flujo lagrimal y la degeneración calciforme de aquel, que mezclándose íntimamente con las lágrimas, no forma un líquido viscoso que preserve a la cornea de las erosiones. El sustancioso fisiológico determinando el reflejo lagrimal, el aflujo de lágrimas, provocadas en los contactos, indican el mecanismo de defensa del órgano.

Una de las causas que predispone a los recién nacidos a padecer conjuntivitis es no secregar lágrimas. Si se introduce

(1) Alberts Person. Enfermedades de los ojos. pa. 79

un irritante cualquiera en el ojo de un niño, no hay aflujo de lágrimas que juntamente con los movimientos palpebrales, arrastran y expulsan la partícula intrapalpebral de una manera mecánica. Se ha demostrado además que las lágrimas ejercen una acción bactericida.

La conjuntiva de tanta actividad a la inflamación, defiende probablemente por la acción fagocítica que ejerce el tejido linfoidal existente en el fondo de saco conjuntival. La conjuntiva del niño ofrece un terreno abonado para toda neoplasia.

La resistencia habitual de diferentes clases de microbios en la conjuntiva sana y enferma, ha sido demostrada por Gumber (1) y Morax (2) entre otros. Por una, comúnmente encontrados son el estafilococo y sus variedades aureus, citreus, albus, el de Rosenbach, que en sus cocos, micrococcus citreus, diplobacilo de Morax y buen número de microbios todavía poco conocidos. La existencia del estreptococo no está bien determinada en la actualidad; podrá encontrarse cuando existen infecciones en las proximidades (Morax) como en

(1) Gumber - Microbes de la conjuntiva normale. - tesis de Montpellier 1889

(2) Morax - Recherches sur l'etiologie des conjonctivites - tesis de Paris 1894.

las dacrio-cistitis cuando esta es producida por el pneumococo existe tambien este en la conjuntiva, aun cuando en ambos casos esta aparezca por su aspecto como si no existieran tales bacilos. Los estafilococos purulentos se hallan en los casos de plefaritis. Ferron (1) y Graefelide (2) han encontrado el diplococo encapsulado de Gornenberg en los individuos que padecen orea.

Yolo por inoculacion directa pueden hallarse el gonococo de Neisser y el bacilo de Koch Week. Por propagacion pueden encontrarse el bacilo de Koch y el de Goffler por poder dichos microbios tener por morada la nariz encontrandose esta en condiciones normales.

Debe bastar la exaltacion en la virulencia de los microbios habituales de la conjuntiva, bajo la accion de diferentes causas, unas generales, de disminucion de las defensas habituales otras, para provocar la conjuntivitis, sin necesidad de que se añadan otros microbios que la puedan producir.

Walter (3) ha encontrado por orden de frecuencia en la conjuntiva el estafilococo y sus variedades, el pneumococo de Fried

(1) Loc cit

(2) Archi d'ophthalmologie 1.894

(3) Citado por Sagrange. Cours de Ophthalmologie 1.903 p. 194

lander y el micrococcus virens.

Jick (1) ha descrito microbios no patógenos y patógenos como el estafilococo aureus, el estreptococo piógeno y dos bacilos, uno que liquida la gelatina y mata a un conejo por septicemia, y otro que no liquida la gelatina y produce una inflamación lenta de la cornea del conejo.

Babier ha encontrado casi siempre estafilococos en los catarrros rubecolicos.

Gouber ha descrito micrococcus y un bacilo que producen queratitis diversas de mayor o menor intensidad y duración.

Koch en 1884, y Weeks más tarde han señalado la existencia de un bacilo en forma de un bastoncito con los extremos redondeados, que observado al microscopio se presentan aislados, siguiendo direcciones distintas, de cierta virulencia, que cultivado convenientemente, puede inocularse con éxito en el ojo y se encuentra en el catarro conjuntival agudo y en las capas epiteliales de la conjuntiva. Kartulis en 1888, encontró este mismo micro

(1) Citado por Gagnange

bio: Morax (1) así mismo ha citado buen número de observaciones que coinciden con las de Koch y Weeks. Este bacilo, que mencionamos aquí, ha recibido el nombre de estos últimos autores; abunda en la secreción de la conjuntiva, se colorea bien por el azul de metileno y el violeta de ~~metilo~~, se decolora por el proceder de Gram, su cultura pura se obtiene con ciertas dificultades, consiguiéndose en gelatina al 5 por 100: las culturas inoculadas no producen resultados positivos sino cuando se hacen en el hombre.

Concedemos gran importancia a la demostración de este bacilo, en aquellos casos de catarros intensos, de secreción abundante casi puramente lenta, separadamente del gonococo de Neisser, por la diferente conducta terapéutica que se ha de seguir según se halle solo ó asociado al referido gonococo.

En 1896 Morax (2) descubrió un diplococo patógeno aislado en la secreción de las variedades sub-agudas.

Esta variedad de conjuntivitis, de los rinitis pequeños, que Parinaud y Morax describen como término medio entre la catarral

(1) Morax. *Loc ya citada*

(2) — " — *Ann de l'Inst Pasteur 1896*

y prendo-membranosa ligera son debidas al puen mucoso.

Este micrococo que hemos podido encontrar en cuatro casos, presenta bajo la forma de cocos algo alargados, elipsoides, con una ligera estrangulacion en su parte media, envueltos en una espesa capsula incolorable por las anilinas: en algunos falta la estrangulacion, observandose con forma esferoidal y otros se hallan por parejas dentro de la capsula en numero variado formando cadenas. Se coloran bien por el metodo de Gram. Se cultivan en el suelo sanguineo, agar y caldo de culturas. De no haber practicado el examen microscopico, las conjuntivitis en que se presentaron en las cuatro observaciones citadas, ofrecian los caracteres clinicos de las conjuntivitis catarrales mucosas, de cierta intensidad, y era variedad que describen Parinaud y Morax, como intermedia, no esta justificada y hemos tenido ocasion de observar una conjuntivitis en que solo observamos el bacilo de Koch - Weeks, que ofrecia una intensidad mayor, bajo el punto de vista clinico que estas otras, y por tanto, la conjuntivitis de puen mucoso en su aspecto clinico, no difiere de muchas catarrales mucosas, sino en la presencia del puen mucoso; en la actualidad, y mientras la microbiologia y la clinica no aporten cierto numero de datos

que difieran de los de las demás conjuntivitis catarrales, deben formar parte del grupo de estas, toda vez que como dijimos al principio de esta tesis, la bacteriología por si sola no debe servirnos como norma en la clasificación de las conjuntivitis, que sólo será un auxiliar bajo el punto de vista terapéutico, en aquellas, en que por la diferencia en los recursos curativos tenga que seguirse diferente conducta. Al no haber practicado el examen bacteriológico en esos cuatro casos, no hubiera sido inconveniente en agrupar esas conjuntivitis pneumocócicas, entre las conjuntivitis que con síntomas objetivos y subjetivos de mayor intensidad, en que no pudimos hallar los pneumococos; por hoy no admitimos la separación de las conjuntivitis producidas por ellos. Muy bien puede ocurrir que la disminución de la virulencia del pneumococo en unos casos, y las ventajosas condiciones del terreno, cuanto... que las manifestaciones morbosas son función no solo del microbio ó causa específica, sino del terreno orgánico en que esta se desenvuelve » (1) den lugar a un proceso en harmonía con las condiciones de malignidad del microbio, y que en otros casos por las peores condiciones del terreno, niños débiles y enfermos por

(1) Casal. Manual de Anatomía patológica general pag. 115.

los mejores medios de defensa, aunque agentes virulentos de menor intensidad o toxidad den lugar a un cuadro sintomático mas intenso en sus diversas manifestaciones.

La conjuntivitis catarral mucosa de los recién nacidos, no es debida al frío que sólo puede actuar disminuyendo la resistencia, favoreciendo la germinación microbiana; resulta originada con frecuencia por una infección, que al contrario que en la purulenta, no se produce durante el parto, sino en los días que siguen al nacimiento. Esta infección puede ser debida al transporte de diferentes microorganismos. Morax (3) asegura la existencia de un microbio específico en esta conjuntivitis catarral; éste es un bacilo muy delgado, sin movimientos, que se asemeja al de la septicemia de los ratones y que se cultiva con muchas dificultades.

Por diversos microbios originales de las diversas conjuntivitis, particularmente el bacilo de Koch-Weeks, se asocia en la mucosa catarral de Gaffler y otros microorganismos.

Morax y Parinaud en la conjuntivitis lagrimal atribuyen al estreptococo el oficio de agente vulnerante.

En cuanto a la conjuntivitis leucorreica, (2) Morax encontró

(3) Morax - Etologie des conjunctivitis These de Paris 1893.
(2) ——— Ann de l' Institut Pasteur 1896.

el estafilococo en un caso de vulvitis con interiores catarro conjuntival y como es ta oftalmia leucorreica provocada por contagio de la leucorrea se ha demostrado es debida al gonococo, ni en lo que se refiere a la etiologia, ni a su esencia, puede admitirse en la actualidad dicha especificidad morbosa. Es menester que nuevas investigaciones prueben que el flujo leucorreico producido en la conjuntiva, sea originado por agente distinto del gonococo. Entre tanto, esas leucorreas conjuntivales producidas por la contaminación de la secreción vulvo-vaginal, figuran como formas de las conjuntivitis purulentas gonococicas, por haberse hallado en dicho flujo el gonococo, agente que con mas frecuencia produce las conjuntivitis catarrales purulentas.

En la superficie de la conjuntiva, existen, pues, muchos bacilos o microbios patogenos que son transportados a ella probablemente por el aire, que nada tiene de peculiar de la conjuntiva. Los lavados preoperatorios mas minuciosos no pueden hacer desaparecer de la conjuntiva a los elementos infectivos.

La existencia del bacilo de la conjuntivitis catarral descubierta por Koch en 1883, y al que Weker ha dado en nombre, fue comprobada en algunas conjuntivitis de los niños recién naci

-21-

dos por Papan, Morax y Charters.

En 1896 Axenfeld observó una epidemia de conjuntivitis puerperal cocica infantil.

Schreibl comunicó a la sociedad de Medicina de Nancy un caso de oftalmia purulenta del recién nacido en que Thury descubrió el pneumococo.

Las causas invocadas como eficientes para originar las conjuntivitis en el recién nacido, como la debilidad, frío, corriente de aire etc. son infundadas.

Además de esas fuentes de infección etiógena puede la conjuntivitis originarse por mecanismo endógeno, como lo prueban las reumáticas, reumato-blenorragicas, y otras varias.

En la etiología de las conjuntivitis es necesario tener en cuenta el terreno tanto o más que la semilla, puesto que ciertas diatesis según sea el agente infeccioso, pueden producir los resultados más diferentes.

Hay una categoría de microbios que se transmiten de mucosa a mucosa, que se multiplican en la conjuntiva sin traumatismo previo sin adición de ninguna otra causa, que son el bacilo de Koch ^{Weeks}, el diplobacilo de Morax, y el gonococo que son patógenos.

por si mismos.

Hay otra clase de microbios que proliferan en la conjuntiva cuando esta ha sido preparada por una inflamación anterior y que ellos no pueden producirlas y son el difterico, algunas variedades de estreptococos, estafilococos etc.

Y finalmente existe otro grupo de microbio, los saprofitos de la conjuntiva que solo se multiplican en ella bajo la influencia de condiciones locales o generales mal determinados aunque son el pneumococo, estafilococo y otros.

Gouzein (5) estima que el pneumobacilo de Friedländer puede causar diversas lesiones oculares como el pneumococo, estreptococo y el estafilococo: no imprime a sus lesiones caracter especial que permita distinguir las clinicamente de las causadas por otros microbios, y que es muy frecuente en afecciones oculares porque su presencia como saprofito de las membranas externas del ojo es mas rara.

Los limites que separan las categorias y papel microbianos

(5) Gouzein - Recherches cliniques et experimentales sur le role du pneumobacille de Friedländer en ophtalmologie - Revue med de la Suisse romande 20 de febrero de 1902.

son en la actualidad algo confusos; esta ⁺mal determinado la influencia del terreno, el estado general del sujeto y hasta las condiciones locales de la reproducción o del número de estos microbios, que ha podido aun precisarse en casi todos ellos.

Las diatensis en sus diversas manifestaciones tienen una influencia indiscutible. Las afecciones y generales asimismos desempeñan acción importante en su producción.

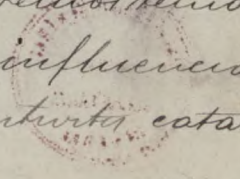
Las habitaciones bajas, húmedas, con mucho polvo, vapores irritantes etc. contribuyen a la provocación de la enfermedad.

La humedad y una temperatura de cierta intensidad, dan lugar a su producción, por ser mas fácil la multiplicación bacteriana en atmósferas húmedas.

La naturaleza exofulora ofrece condiciones abonadas.

La existencia de afecciones oculares, tracoma, afecciones crónicas de las vias lagrimales, pueden darla origen. Hechos tenidos en tratamiento un caso que todos los otros sin influencias epidémicas, padece uno ó varios ataques de conjuntivitis catarral, quedando despues completamente curado.

Las secreciones del borde ciliar en la blefaritis, irritando



por veindad la conjuntiva dan lugar a la conjuntivitis crónica.

Los cuerpos extraños ocultables en el fondo de saco comúnmente dan lugar al catarro monocular.

El uso prolongado de iodoformo en ciertos en cierto modo muy sensibles a la acción del medicamento puede originar la conjuntivitis. Lo mismo ocurre en el tratamiento de la proceris con la aplicación prolongada del ácido crisofánico, que por el contacto directo del mismo, produce accidente en ciertos casos graves, localizados en el ojo objeto del contacto directo, mientras que el uso de los iodoformos origina conjuntivitis de los dos lados.

Las conjuntivitis del sarampión, fiebre de seno, malaría, en enfermedades infectivas etc se originan con mucha probabilidad por causas internas. En el curso de la bleonorragia contagiada a los niños por cualquier circunstancia, observarse algunas veces una conjuntivitis sero-vascular, de secreción escasa, bien descrita por Jourmier (1). Es una conjuntivitis de catarro ligero, observada en ambos ojos que se invaden con pocas horas de intervalos, mientras que la conjuntivitis debida al gonococo, provocada

(1) Jourmier - Citado por Pragne - De las conjuntivitis sero-vasculares sans inoculation. t. de Paris 1888

por inoculación directa se localiza en un ojo solo: presentase con ocasión de la generalización blenorragica con la que alterna, recidivando varias veces, pudiendo considerarse con Higiski (1) como esencialmente metastatica.

Morax asegura haber encontrado gonococos en un caso de conjuntivitis reumato blenorragica, que A. Terrien (2) y otros han buscado en vano. A nuestro juicio basta a producir la metastasis de la toxina, la diferente intoxicación originada por ella explica las variantes clinicas de esta enfermedad y su diferencia de la oftalmia purulenta blenorragica producida por contacto o inoculación directa.

El ácido criosofánico, yoduros etc pueden por analogia como la sustancia elaborada por el microbio, sin necesidad de la presencia de este, pueda originar por causa interna la conjuntivitis.

En los ataques agudos de catarro que aparecen en los afetos de traconia en las conjuntivitis que acompañan a la bli

(1) Des complications oculaires metastaliques de la blenorragia. Feis de Paris 1895

(2) Loc. citada

paritis, el estafilococo es casi el único microbio que actúa (en las conjuntivitis por propagación) cuyo microbio desmenua bajo el punto de vista etiológico y patogénico el motivo preponderante.

Conjuntivitis catarral purulenta. Las conjuntivitis catarrales purulentas que pueden observarse en todas las edades de la infancia, es más frecuente en el recién nacido.

La infección de los ojos de éste, sólo puede ser producida en tres sitios, 1º en los órganos genitales de la madre antes o durante el parto, 2º inmediatamente después del parto, 3º uno o varios días después de él. El segundo medio es el más común, sin que falten observaciones de infección ocurrida in utero.

El Dr. Stephenson afirma que el diez por ciento de los recién nacidos padecen aftalmo, pero esta proporción es indudablemente elevada sobre todo en los sitios donde se emplea la asepsia moderna. No otros por lo que se refiere a nuestras observaciones la proporción es menor 2'03 por 100 término medio.

La conjuntivitis catarral purulenta de los recién nacidos es casi siempre consecuencia de la inoculación hecha por las secreciones vaginales al pasar la cabeza del niño por a-

quel conducto ó por el contagio de niño a niño en las casas, cunas y en las maternidades. El contagio en los órganos maternos es directo; las parturientas se impregnan del virus y cuando el niño abre los ojos, poco despues del nacimiento el agente infectivo cae en la conjuntiva. No es menester que la puérpera tenga una hemorragia verdadera, basta una leucorrea simple al parecer, como el flujo blanco, para producir el mismo resultado, pero según sea la intensidad y la variable virulencia del flujo vaginal y la constitución del niño, así la conjuntivitis presentará grados de intensidad y gravedad.

No es imposible que el niño se contamine por medio de las ropas infectadas, y contraiga una conjuntivitis de la que la madre es responsable.

La infección puede originarse despues de la primera semana y aun mas tarde y si vele de medio la secrecion vaginal de la parida, cuando ella y los que la rodean no toman convenientes precauciones, sobre todo si el niño se coloca en la misma cama que la madre, como ocurre con mucha frecuencia en nuestro país.

Los niños de pecho y los demás edades pueden ser atacados

dos de conjuntivitis catarrales purulentas en las casas Cunas o en sus propios domicilios, por el contagio accidental de las conjuntivitis purulentas de los recién nacidos.

La vulvo-vaginitis de la mamá se complica con frecuencia con conjuntivitis de la misma naturaleza. La enfermedad no difiere en todos esos casos de la que se desarrolla en los recién nacidos y requiere idénticos cuidados bajo el punto de vista terapéutico.

En todas las observaciones publicadas producidas por contagio en el canal genital, casi siempre hallan la madre afectada de leucorrea. La causa principal aunque ^{no} la única de la conjuntivitis producida en los órganos genitales de la madre durante el parto es la secreción blenorragica. Cullingworth (5) recuerda haber visto hacia años practicar una operación cesarea y la mamá nació viva pero poco tiempo después del nacimiento presentaba todos los síntomas de la oftalmia purulenta aguda. En este caso la causa de la infección no fue la secreción de los órganos genitales maternos.

(5) Sociedad Obstétrica de Londres - sesión de 1º Julio de 1903

Megim Jacovides (1) las morcas juegan en los niños un gran papel en la propagación de la enfermedad.

El origen genital admitido desde tiempos remotos, se ha evidenciado por los éxitos obtenidos en el tratamiento profiláctico, antes y durante el parto, cuando que ha hecho disminuir en número muy crecido las conjuntivitis de los niños en la primera semana que sigue al nacimiento.

La inoculación por la que se origina la enfermedad no admite hoy duda alguna.

No existe conjuntivitis purulenta sino después de la infección de la conjuntiva por un líquido séptico.

Ya clínica mucho antes que la bacteriología observó y demostró las relaciones entre los flujos vaginales, en particular la leucorrea y las conjuntivitis purulentas.

En 1950 Guelmtr admitió una relación entre la oftalmía de los recién nacidos y la leucorrea.

En 1804 Gebren formuló las proposiciones siguientes: 1^o Es

(1) Archives de optitalmologie 1903

preciso curar las flores blancas de la madre durante el embarazo
 y si no se consiguiere es necesario durante el parto limpiar la
 vagina y es preciso tambien lavar los ojos de los niños inmediatamente
 despues del nacimiento, para prevenir los efectos nocivos
 del contacto de las secreciones vaginales en la conjuntiva emplean-
 do un liquido capax de neutralizar la accion perjudicial de estas
 secreciones.

Esta idea se encuentra en los trabajos de Vitch 1820 Chiruz
 1857, Pauli 1858 y otros.

Ricord afirmo hablando de estas materias que la conjuntivitis
 purulenta de los niños recién nacidos era originada por la ble-
 norragia de la madre, si bien concedia mayor importancia como
 agentes causantes a los productos irritantes de que se acompaña
 el derrame.

Fournier en 1866 admitia dos variedades de oftalmia
 bleonorragia una grave que llamo oftalmia de contagio y
 otra a la que dio el nombre de oftalmia reumatica de carac-
 ter benigno y mas frecuente.

En estas épocas aunque no se habia descubierto el agen-

te ó agentes que la producen todos los que se ocupaban de esta materia admitieron el origen y naturaleza contagiosa de la enfermedad, hasta que se descubrió el gonococo que así llamó Neisser en 1879, microbio específico de la blenorragia.

Drum fue el primero que en sus investigaciones por muchos conceptos notable sobre la oftalmia de los recién nacidos, obtuvo cultivos de gonococos en estado de pureza por simple siembra del pus blenorragico en suero humano. Desde entonces se consideró al gonococo como causa única de la uretritis y de la oftalmia purulenta. Hirschberg, Livofeld Krause, Credé, Remond y otros con sus trabajos se propusieron probar que la oftalmia de los recién nacidos es de naturaleza gonocócica.

El problema a nuestro juicio no está del todo resuelto por lo que se refiere al agente que la produce.

No se ha probado que todas las conjuntivitis catarrales purulentas del recién nacido sean siempre de naturaleza gonocócica.

No se ha probado que el gonococo sea el único agente nocivo, el único enemigo capaz de producirla, el único mi

cribio hallado solo en todos los casos independientemente y sin asociarse a otros microorganismos.

Fraukel admite por orden de frecuencia en la conjuntivitis purulenta de los recién nacidos; 1º El gonococo, 2º el pneumococo 3º el bacilo de Koch - Weeks 4º El diplobacilo de Morax 5º El colibacilo 6º El bacilo de la difteria 7º una especie de diplococo intracelular

Frencorr en 40 casos, ha encontrado 14 veces el gonococo, 6 veces el gonococo asociado al calibacterio o al estafilococo.

Pietti y Axenfeld han observado un caso en que el examen bacteriológico reveló solo la existencia del bacterio colicomune.

Zonin ha encontrado en 38 casos, 22 veces el gonococo, 15 casos con estafilococos solos, 4 con pneumococos, 5 con bacilos de Koch Weeks, 2 con micrococos variados y otros dos sin ellos.

Por lo que se refiere a las observaciones que recogimos en diversas clínicas, durante nuestra asistencia a ellas, en 32 casos 19 veces se pudo demostrar el gonococo (59.37 por 100)

Y en cuanto a 10 observaciones personales, 5 veces pudimos reconocer el gonococo entre los demás microbios.

Todas las investigaciones demuestran que estas conjuntivitis purulentas son causadas por una infección pero aunque el góncoco es la causa en la pluralidad de los casos es indudable que otros agentes microbianos pueden infectar primitivamente la conjuntiva al recién nacido y tiene razón Picard al decir conjuntivitis u' oftalmias purulentas y no " conjuntivitis u' ophthalmias purulentas" que llaman otros.

Ya indicamos el caso de Cullingworth de infección producida en el útero por rotura prematura de las membranas.

A sea cual fuere la variedad de la infección vaginal o uterina se la llama primitiva, para distinguirla de las demás maneras de producirse que se llaman secundarias.

El niño puede nacer sano y ser o por ser contaminado por el medio exterior que se halla constituido por todo cuanto toca o rodea al niño, aire, agua, vestidos etc. en estas conjuntivitis secundarias los síntomas se presentan mas tarde que en la primitiva.

Puede servir de medio de contagio el agua del baño co-

no ya dijimos contaminada por diversos gérmenes en cuya
 agua se sumerge al niño después del nacimiento: los gérmenes
 pueden ser conducidos por las manos del tocólogo, de la madre
 u de la madre, las esponjas, los lienos, etc. En esas condiciones
 no es el gonococo de Neisser el que se encuentra en las secreciones,
 sino el bacilo de Weeks y Kortubis, ó las demás variedades de mi-
 croorganismos que pueden producirla.

Prueban el contagio las observaciones de conjuntivitis pro-
 ducidas por un vidrio introducido en la orina de un blenorra-
 gico.

La inoculación terapéutica, los notables experimentos de Perin-
 ger en guaráñicos, las conjuntivales Andren (1890) con culturas
 obtenidas en uros, dan testimonio y constituyen pruebas de ori-
 gen genital.

La conjuntivitis gonocócica puede producirse en un solo
 ojo en las niñas, atacada de vulvo-vaginitis gonocócica (Scar-
 pa) ó en la vulvo-vaginitis no específica consecutiva a las fiebres
 eruptivas.

El gonococo y los demás microorganismos que la produ-

con menor frecuencia han sido encontrados en el pus procedente de la inflamación conjuntival. En las láminas de la cornea el gonococo al examinarse al microscopio, pero es probable que otros microbios produzcan infecciones secundarias en dicho sitio.

El gonococo se halla dotado de gran resistencia contra los agentes destructores; permite largo tiempo su virulencia [en las ropas en que se ha depositado] y comprobó Finger, que conserva estas propiedades en las alturas en tanto que no se halla completamente desecado: en los experimentos de este autor resultaron impotentes para contener ~~de~~ desarrollo de las culturas muchos antisepticos preconizados para el tratamiento de las afecciones que produce: se emplearon el permanganato potásico, el ácido fénico, el sublimado, y el nitrato de plata. Parece ser que se producen coagulaciones albuminosas que protegen los capar centricos.

El estudio de la variedad microbiana productora de la conjuntivitis presenta mucha importancia y da origen a la elección que debe hacerse en la lucha de los agentes terapéuticos y para poder fijarse es preciso el examen de la re-

crecion en todos los casos.

En estas conjuntivitis sirve tambien de medio de contagio el pus procedente del ojo infecto.

Cuando el volumen de la cabera fetal es grande hay mas probabilidad para originarse la inoculacion.

No existe acuerdo entre los especialistas por lo que respecta a la inoculacion, cuando la enfermedad afecta caracter epidemico y se observa en los centros donde se reúnen muchos niños en locales con malas condiciones higienicas.

Me ha disuadido tratandose de tales casos si el contagio es mediato o inmediato y si existiendo inoculacion directa se trataba entonces de una epidemia.

No es posible la duda a nuestro modo de ver: tratase de una conjuntivitis producida por microbios especiales, que exigen un contagio directo por medio de objetos o cosas pegajosas del organismo, que le ofrece medios de vida para su multiplicacion y que los agentes mas comunes que la originan, son el gonococo, el pneumococo, solos o asociados, difi-

el de descubrir el primero en ciertos casos en los niños, siempre demostrable su presencia en los adultos.

En todas las pretendidas epidemias que se han observado se han encontrado reunidas las condiciones mas apropiadas para que la inoculación fuese favorecida y se pudiera realizar con éxito. Se ha podido probar en muchos casos de esta especie hasta el mecanismo por el que se realizaba la inoculación. De ello ofrece importante testimonio la epidemia famosa del hospital de Gante, en la que demostró Roosbroeck que la inoculación se realizaba por el intermedio de dos esponjas que mojándose juntas en el mismo recipiente servia una para la lengua de los ojos de los niños sanos y la otra la de los niños enfermos.

No es posible la aparición espontánea de la enfermedad y la forma reumática descrita por Perrin no puede aceptarse ni con la mayor reserva.

Conjuntivitis pseudo-membranosas.

Casi todos los autores hacen una división de las conjuntivitis pseudo-membranosas en crupales ó de estreplacocos y diftericas. En las primeras incluyen las formas ligeras y superficiales, en las segundas las destructivas graves y profundas.

Recientemente se ha evidenciado que las conjuntivitis en esas dos formas pueden en unos casos presentar diversa gravedad, puede ser benigna la de origen difterico y grave la diftericoide.

En 1865, Tronseau no estaba conforme con lo que se incluian entre las afecciones diftericas a las conjuntivitis crupales (De Wecker (1)); han confirmado despues muchos observadores que sea cual- quiera la gravedad de una y otra forma que Tronseau tenia razon.

De acuerdo con esto nosotros, comprendemos en las conjuntivitis de pseudo-membranosas ambas formas, si bien haciendo separadamente su descripcion.

Antes de la iniciacion de los estudios bacteriologicos Jones hace mención de estas conjuntivitis, pero trata la publica-
(1) De Wecker - *Terap. oculi* pagina 93

cion de trabajos posteriores no se hizo su separacion

Conjuntivitis pseudo-membranosa difteroide. Poné

Quisson (1) Chassaiguac (2) fueron los primeros que describieron separadamente esta conjuntivitis con la denominacion de erupal, haciendo publicas el primero buen numero de observaciones. Lo no se observara antes de los exámenes bacteriologicos, por las observaciones clinicas, que la forma erupal podia adquirir inusitada gravedad, propagarse a otras regiones, nariz, amigdalas etc, ocasionando la muerte, notose que los puntos de vista propios de esta forma no pudieron servir de norma para la separacion de las formas difteroides y difterias.

Es bastante frecuente esta forma de conjuntivitis. Padece raras veces los recién nacidos; el Dr. Martiner Vargas ha observado en la clinica de la Facultad de Medicina de Barcelona, un caso de un niño de 4 dias con una conjuntivitis producida por el estreptococo. Nosotros hemos observado otro caso de esta clase al decimo dia del nacimiento en un

(1) Quisson - Ann de ocul tome XVI

(2) Chassaiguac - Ibid tome XVIII pagina 138

virus producida por el estreptococo y estafilococo.

Es particularmente frecuente en los niños durante la primera dentición, o a consecuencia de diferentes fiebres exantemáticas, particularmente el sarampión; las cauterizaciones en exceso con nitrato de plata, las quemaduras accidentales de la conjuntiva por los causticos, predisponen a esta afección.

Nas observaciones de Moritz, Gourville, Moras muestran que las conjuntivitis pseudo-membranosas ^{de los} no ^{de} conjuntivitis puras de estreptococo o estafilococo, casi siempre o siempre el bacilo de Klebs-Loeffler toma parte en su producción, aunque solo sea en estado de bacilo corto. Lo mas probable es que las formas ligeras de estas conjuntivitis, sean debidas al estafilococo y bacilo de Loeffler asociados, y las graves a la union de este y el estreptococo.

Morelli ha demostrado la existencia en la conjuntivitis de falsas membranas, no solo en las formas graves sino hasta en las benignas del bacilo dieterico.

Gourville, ya citado en una notable Memos

ria (1) ha puesto tambien de manifiesto su existencia: en su opinion la asociacion del estreptococo con el bacilo de Goffman origina las lesiones mas graves de la cornea, por la infeccion secundaria.

Moritz y Henon han hallado en algunos casos la variedad no virulenta pseudo-difteria del estreptococo y Morax y Gasparine la del pneumococo.

Hasta hoy el agente que ha producido las formas mas graves y terribles de conjuntivitis difteroides ha sido el estafilo como en estado de pureza segun Morax y Darier. El tipo grave de graefe estimado por mucho tiempo como originado por el bacilo difterico, debe ser producido con toda probabilidad por el estreptococo puro. Posible es tambien que en la conjuntiva permanezca el bacilo despues de la curacion en grado de virulencia variable.

En las dacriocistitis impetigo palpebral etc, aparece como complicacion local y por relaciones de contiguidad se propaga la inflamacion causante de aquellas afecciones.

Algunas conjuntivitis catarrales de tipo epidemico, revis

(1) Etude bacteriologique sur la diphtheria conjunctivale (Arch. de ophth)

ten la forma pseudo-membranosa y a' veces incidentalmente se producen falsas membranas en las conjuntivitis purulentas particularmente de los recién nacidos: en la conjuntivitis esta-
real mucosa a' veces existe una ligera exudación pseudo-mem-
branosa, cuando es producida por el pneumococo.

Segun algunos el bacilo de Goffler desempeña cierto papel aunque secundario en la producción de la conjuntivitis de falsas membranas difteroides, y el importante y principal los estafilococos, estreptococos etc que determinan las diferentes variedades clinicas. Este hecho cierto é importante debe tenerse en cuenta, para instituir el tratamiento pues segun sea o' no el preponderante el bacilo de Goffler, asi guiaremos nuestra conducta terapeutica, bajo el punto de vista de la seroterapia, el resultado final en que se inspiran todas estas investigaciones y experimentaciones.

Conjuntivitis pseudo-membranosa dif-
terica. El estudio de esta forma de conjuntivitis se
inició en Alemania con los trabajos de De Grafe (5)

(5) De Grafe - Traetpar les conjuguues. Arch. f. ophth. I 1845.

Jacobson (1) e' Hirschberg (2) llegándose a distinguir esta forma, no por la simple formación de la falsa membrana, sino por la infiltración fibrinosa en el tejido de la misma membrana.

De grata aportando buen número de datos, como consecuencia de la lectura de mis memorias, y de lo establecido en ellas, casi todos admitieron la división fundamental de las conjuntivitis de falsa membrana, distinguiéndolas con los nombres de crupales e' intersticiales o' de infiltraciones.

No existe según las experiencias de Gourolle (3) mas que cuestión de grado entre las conjuntivitis de forma crupal y la intersticial.

Preventa esta enfermedad caracteres diferenciales que impiden no se distinga de las conjuntivitis secretoras y de otras inflamaciones de la cornea conjuntival.

Si el papel principal corresponde en esta conjuntivitis difterica al bacilo de Göffler asociado a estreptococos o estafilococos la etiología es la misma que la de la difteria de las demas mem

(1) Jacobson Ibid. II 1860

(2) Hirschberg. Gliologie de la conj. Berlin Klin Woch 1869

(3) Gaz des Hosp 1894

cora, y por ello nos consideramos dispensados referirla.

Es la manifestación de una enfermedad general que se adquiere por contagio.

Los niños recién nacidos raramente sufren esta afección. Aparece en los niños de dos a ocho años época en que con más frecuencia se presenta la difteria de las demás mucosas.

Es particularmente sufrida con más frecuencia por los niños débiles y fatigados.

Aparece por el contagio directo de los agentes que la determinan o por propagación de la difteria de las mucosas vecinas o por inoculación directa de las mucosas de la vulva en las niñas. Con más frecuencia se origina de la propagación de la difteria faríngea o nasal. En dos observaciones nuestras de un niño de cinco años y otro de tres, observados en una epidemia difterica de 1902 pudimos apreciar con ocasión de existir una membrana difterica en la amígdala derecha, mientras se hizo el análisis bacteriológico de la membrana a las 24 horas de la aparición, se propagó a las fosas nasales y conjuntiva, y en el otro caso con idéntica manifestación difterica primitiva propagose tam-

bien pero mas lentamente tardando 12 horas en hacer la manifiestacion difterica en la conjuntiva palpebral de un solo lado (Ojo izquierdo inimo invadido) párpado inferior y fondo de saco.

En ciertos casos se trata de inoculacion directa provocada por la proyeccion de la saliva del inimo en el momento de hacer la cura con lavados de la difteria faringea. En otros el contacto directo de un objeto en las membranas diftericas es el responsable de la produccion de la conjuntivitis que observamos en un inimo de 2 años que por un descuido del encargado de hacer un lavado en la garganta inconscientemente, paró el inimo una o mas veces por los párpados la cuchara que servia para abrirle la boca, inoculándose la difteria en el lado tocado.

Algunas veces la difteria de la vulva es la causa del contagio de la conjuntiva y aunque esta causasa muy rara la coincidencia de la localizacion de la difteria en estos dos puntos prueba su posibilidad el caso publicado por Gourfein (5). Es probable que en este caso la niña (de 5 años de edad) transportara con su mano el vi-

(5) Revue medical de la Suisse romande 1903 reproducido en los Archives d'ophtalmologie - marzo 1903

46-
rus ya atenuado de la virulencia. Gasparini y otros han probado
que aunque el bacilo de Hoffler se halle atenuado, cuando se aso-
cia a los micro-organismos, fratógenos de la conjuntiva y median-
te las condiciones favorables de ésta para los cultivos se exacta la
virulencia del bacilo difterico.

Al estar asociado éste a los estreptococos o estafilococos, estos
últimos son según Gourdille, la causa de las lesiones supurativas
y gangrenosas y del infarto ganglionar: lesiones que pueden
observarse y hemos observado en la difteria faringea cuando
existieron dichos microbios y que por analogia deben admitirse
en la difteria ocular.



SINTOMAS CURSO Y COMPLICACIONES.

Conjuntivitis catarrales

Conjuntivitis catarral mucosa. La conjuntivitis catarral mucosa / conjuntivitis ecollar de la 2^a infancia, conjuntivitis catarral ataca con mas frecuencia a' los dos ojos que a' uno solo. Según nuestras observaciones la afección catarral no siempre se desarrolla simultaneamente en los dos ojos, sino sucesivamente al menos en los niños mayores, y la afirmación que la afección catarral ataca siempre a' ambos ojos, no puede aceptarse como regla general.

Reviste la conjuntivitis catarral como todos los procesos de identidad natural una forma aguda y otra crónica.

Algunos autores dividen los síntomas de la conjuntivitis de esta forma, en objetivos subjetivos, pero esta división no tiene valor real, tratándose de niños pequeños que por temores no exponen facilmente las molestias que sufren

El principio de la afección se anuncia por un picor mas ó menos intenso y una sensación como de arena que rodase bajo los párpados, que obliga á los niños á frotárselos ó intentar espulsar el estorbo con las manos.

La conjuntivitis toma un color rosa (pink eye, America del Norte) ó rojo vivo, mas ó menos uniforme surcado á veces por líneas mas rojizas, que se destacan á la simple observación; se pone turgente el tejido inflamado, y si el catarro es intenso, aumentase el volumen de los párpados, pónense tumefactos en la forma contagiosa sin poder abrirlos el enfermito, y pueden en esos casos adquirir un aspecto violáceo, vitando en muchos casos muy doloroso y corrándose los nervos palpebrales, segun el grado de intensidad inflamatoria produciendose segun esto, que encois mas ó menos acentuadas.

La inyección de la mucosa en la conjuntivitis catarral mucosa es mayor que en el catarro seco, ocupa la conjuntiva de la cara posterior de los tarsos, la de los fondos de saco y algunas veces la bulbar.

Ma rubeum de la esclera toda la conjuntiva bulvar que presenta querconis en ciertos casos, la de los fondos de saco y la palpebral en la que se acentua en mayor grado el proceso catarral.

Para evitar la acción de luz, aire etc los niños ocuyen la abertura palpebral, que aun no oponiendo dificultades a su separacion la coaglutinacion de la secrecion conjuntiva, sólo intentan separar los párpados en los sitios obscuros, donde no pueden recibir la molestia de los rayos luminosos.

Es tan intensa la congestión vascular en ciertos casos que se forman debajo de la conjuntiva equimosis que se ofrecen a la observación como manchas oscuras de variable estension. Mas pequeñas manchas equimóticas se observan diseminadas en los fondos de saco, que en este caso tiene un color rojo obscuro uniforme.

Los párpados linchados, presentan en el borde libre y ángulo mayor del ojo, un tinte rojo; en el ángulo interno principalmente se acumulan mucosidades amarillentas.

Las secreciones fisiológicas se alteran y si en un principio se presentan muy abundantes y líquidas, despues se vuelven

ven viscosas, de color amarillo de limon, y finalmente se forma
maso-pus.

La abundancia de la secrecion hallase en relacion con
la intensidad inflamatoria. En unos casos produce una
ca cantidad de flujo, pero siempre el insuficiente para que
por su coagulacion conglutine los peptanos, los pegue entre si, ofre-
ciendo bastante obstaculo a la separacion de los parpados. En
otros casos el flujo es tan abundante que rebosa por los ángulos
internos y externos parpales, no obstante de los lados que se
realizan. Concretanse a veces las masas de pus, formando lamina-
sillas delgadas o filamentos caracteristicos de la enfermedad,
que ocupan los fondos de saco, excepto el superior, que no con-
tiene masas de pus, la conjuntiva ocular, adhiriendose a ve-
ces, y no bastando a ponerlos en libertad el movimiento fisio-
logico del peptano desprendiendose solo a corta de lavados
abundantes. En los fondos de saco estas concreciones parecen
pseudo-membranas e igual aspecto adquieren en la conjun-
tiva tarsal por su disposicion y extension. Las peptanas forman-
do el aspecto de la traya de fustas.

Entre los labios de la abertura palpebral se encuentra la secreción bajo la forma de filamentos y en los fondos de saco toma a veces el aspecto de pequeños coágulos. Al despertar por la mañana están pegados los párpados y aglutinados viscosos, tras fiablos, amarillentos, meliformes.

A veces se nota al explorar los fondos de saco en su interior pequeñas vesículas, casi transparentes, análogas por su estructura a la de los folículos cerrados, y que no se deben confundir con las granulaciones.

Existe sensación de cuerpo extraño, pesadez de los párpados, incesantes comezones, que se localizan en el borde libre palpebral y principalmente en el ángulo mayor del ojo.

La secreción continua de lágrimas y por tanto la presencia constante de una delgada capa de líquido en el fondo de saco conjuntival originan trastornos de refracción, que dificultan la visión distinta e imposibilitan la lectura. La producción excesiva de lágrimas que aumenta con la luz intensa y al aire libre, vertiéndose por la abertura palpebral hace tomar a la piel de las regiones inmediatas un

aspecto lustroso

Los enfermos sufren bastante de la region ocular nada cuando a menudo un dolor espontaneo por delante del pabellon de la oreja: el ganglio preauricular infectado es causa de este dolor.

Acentuame las molestias y todos los signos a la caída de la tarde y durante la noche, no obstante la marcha ciclica de la enfermedad; a veces impide el sueño.

Segun Valude (5) los caracteres principales de la conjuntivitis catarrhal mucosa (catarro conjuntival) pueden estimarse como forma atenuada de la conjuntivitis purulenta, pero diferenciada de ella hasta el punto de merecer una descripcion separada.

Existen pequeñas adenitis preauriculares en las conjuntivitis producidas por el bacilo de Koch-Weeker, que en muchos se la de estreptococos, o en otros voluminosas que las producidas cuando el bacilo originante es el gonococo. En la del predominio del bacilo de Morax no se han observado adenitis. La adenitis preauricular es verdadero satélite de ojo infecto.

(5) Valude - Les ophtalmias du nouveau-né. Paris 1895

Esta conjuntivitis catarral abandonada a los recursos naturales y sin la influencia de los agentes terapéuticos, terminaría desapareciendo en el término de una o dos semanas, como la bronquitis catarral aguda con quien por muchos puntos se parece.

Pero si en las conjuntivitis bien tratadas con los recursos médicos, no dejan de presentar con frecuencia recidivas, sobre todo en los niños con viejas diatésis adquiridas por herencia y en ciertas especies de epidemias, paradas éstas, por la mas ligera molestia o estímulo ocular se reproduce la conjuntivitis, en todos los casos, aun en los mas benignos, debe imponerse un plan adecuado, para evitar su paso al estado crónico y las complicaciones que pueden engendrar.

Esta conjuntivitis catarral en los niños recién nacidos dura igual tiempo que en los de la segunda infancia, desapareciendo al fin sin producir ninguna formación papilar de la conjuntiva.

A si la enfermedad no coincide con un mal estado gene

ral del niño y se prolonga mas de dos semanas, debe considerarse como sintomática, encontrándose muchas veces la causa de su prolongación, en la obstrucción de las vias lagrimales, cosa frecuente en los recién nacidos: es de ordinario lateral de un solo lado, se acompaña del catarro de la conjuntiva y de un lagrimeo acentuado en grado considerable. La conjuntiva se observa vellosa, con un color rojo uniforme: comprimiendo sobre la región del saco lagrimar se ve salir por los puntos lagrimales un liquido mas ó menos espeso.

Entre las complicaciones figuran las lesiones en la cornea que son raras, pero no imposibles. Consisten en infiltraciones opalinas, que ocupan el centro de la cornea y raras veces la periferia de esta membrana; producense excepcionalmente úlceras superficiales de la cornea con supuración.

Además en las conjuntivitis intensas debernos mencionar tambien las del iris cuando el tratamiento seguido no ha sido todo lo energético que debio serlo.

Las úlceras marginales ó anulares presentadas como con-

plicación de la conjuntiva, se inician por una palidez en dicho limbo, que alcanza una extensión de medio a uno ó dos m.m. en el anillo que comprende en unos casos todo el contorno corneal y en otros se limita a' el semicírculo o una mitad de este, del dicho contorno corneal pueden luego formarse después inequias iridianas.

El iris puede ser también asiento en ciertos casos de iritis plástica sin que se aprecie alteración en la cornea, originada quizás al penetrar por las vías circulatorias anatómicas, pericorneanas entre la conjuntiva y el iris, dos microbios o las toxinas elaboradas por ellos, durante el ataque y asiento de la afección conjuntival.

Las úlceras corneales que asientan en la parte externa de la membrana por dentro de la circunferencia que la limita pocas veces se originan en la línea de soldadura íntero-corneal, que forma una zona circular de estructura algo particular y de reacción patológica especial, designada con el nombre de limbo conjuntival o anillo conjuntival.

Esta variedad de conjuntivitis catarral mucosa es la mas benigna entre las que aduirtamos como conjuntivitis secretoras, por las escasas complicaciones corneanas e iridias mas que origina.

Ma recidiva de esta conjuntivitis es posible siempre que persistan los motivos de la infeccion en el medio habitado o identicas condiciones de existencia del enfermo.

Cuando para al estado crónico se observar que la conjuntivitis lisa en un principio acaba por hipertrofiarse en gruesa y toma un aspecto velloso aterciopulado, debido a la turgencia de las pápilas conjuntivales, cuyo tipo mas característico es el que se observa en el catarro conjuntival producido por el estropion.

Conjuntivitis catarral purulenta. Describense

actualmente por algunos entre las conjuntivitis catarrales purulentas dos formas, la debida a 'metastasis' (reumato-blenorragia) de causa endógena bilateral provocada por la toxicidad de la toxina fuertemente virulenta, originada comunmente por el gonococo, de forma benigna y acon-

partida casi siempre de rinitis en otros puntos, articulaciones principalmente, que debe comprender en las conjuntivitis mucosas catarrales, por el carácter forma y abundancia de la secreción, y que por metástasis únicamente jamás podrá manifestarse con la intensidad destructiva de la forma purulenta, que vamos a describir, que debe distinguirse entre otros caracteres importantes, por la intensidad del proceso inflamatorio, por el aumento de volumen de los párpados y sobre todo por la existencia de una secreción purulenta abundante, como en ninguna otra forma de conjuntivitis secretoras, por la gravedad de las lesiones corneales que origina, y por presentarse con más frecuencia en los niños recién nacidos que en los de las demás edades.

Laqrange (1) refiriéndose a la conjuntivitis purulenta de los niños recién nacidos, dice deben admitirse dos formas, una grave que aparece antes del tercer día del nacimiento del niño, en la que dice se observa siempre el

(1) J. Laqrange. Compendé' ophtalmologie. 1903

gonococo y otra menor grave que aparece despues del decimo dia, debida a otros microbios que no tiene periodo de infiltracion, que el gonococo se asocia al estreptococo en la primera forma, y constituye la mas rebelde al tratamiento y que en los leves se observan el pneumococo, bacilos de Wechs etc.

Aunque las manifestaciones clinicas como dijimos en otro lugar, por su mayor permanencia, deben ser la pauta en la clasificacion de las conjuntivitis secretoras en las catarrales purulentas y en las de pseudo-membranas difteroides y diftericas, por la constancia con que se observan en ellas microbios bien caracterizados bacteriologicamente, y por la decisiva influencia que en el tratamiento ejerce la demostracion de esos microbios putificos que se tenga muy en cuenta la circunstancia de la investigacion microbiana, toda vez que viene a aportar una prueba, un dato o datos de valor importante bajo el punto de vista de la terapeutica. Mas la menor virulencia del gonococo original, agente que con mas frecuencia los determina, y el desa-

prollo del tejido limboideo conjuntival, prueben que los síntomas de la oftalmia purulenta en los niños, sobre todo en los recién nacidos, presentan menor intensidad, y se marquen menos que en los jóvenes, aunque sean los mismos en todas las edades de la vida, si bien en los adultos adquieren una intensidad considerable.

En los primeros semanas que siguen al nacimiento, el niño es afectado de conjuntivitis, sobre todo si se halla en relación con ciertos medios propicios al contagio.

Reviste con mucha frecuencia el tipo franco muy agudo, que se conoce con el nombre de oftalmia purulenta de los recién nacidos ó *blepharitis neonatorum*. En otras ocasiones la enfermedad afecta una forma diferente, es mas lenta en su evolución ó mas atenuada en sus síntomas.

En los niños recién nacidos en la generalidad de los casos, comienza la enfermedad al tercero ó cuarto día después del nacimiento, circunstancia que milita en

favor de la infección. - 60

Después de una incubación variable según Piringer, punto no dilucidado con precisión actualmente y por inoculación directa en todas las cosas, sirviendo de medios, las regiones, órganos y objetos mas diversos, presentarse la conjuntivitis catarral purulenta, en uno ó en ambos ojos con una frecuencia extraordinaria en los recién nacidos, en comparación con los demás edades, cosa no extraña dada el modo mas común de originarse. La aparición de esta conjuntivitis en uno ó en los dos ojos es mas veces simultánea otras sucesivas y otras afecta un solo ojo, según que la inoculación sea una o doble según que la invasión sea consecutiva a la propagación del agente causal del ojo enfermo al sano por medio de las vías de comunicación vecinas, ó debida a un contagio accidental por cualquier medio del ojo enfermo al sano.

Esta conjuntivitis se observa raras veces en el mismo momento del nacimiento; solo aparece en el primero ó segundo dia que siguen a dicho acto cuando el parto es la

borioso o cuando la inoculación se ha hecdo dentro del utero de lo que ya citamos un caso.

Sea cual fuere el origen de esta enfermedad, presenta bajo el punto de vista clinico un conjunto de sintomas muy caracteristicos.

El ojo izquierdo es el mas frecuentemente afectado en el recien nacido, cuando la inoculacion es genital, cuando el feto contrae la afecion al atravesar la hielera pelviana; el ojo derecho es el mas frecuentemente afectado en los niños de la segunda edad infantil, por ser mas frecuente los contactos con la mano derecha en dicho organo. En unos casos cuando la inoculacion es doble no siempre ofrece la conjuntivitis el mismo grado de intensidad y puede observarse en el mismo sujeto, con el mismo tratamiento, con idéntico esmero y cuidado en atender uno y otro ojo, que puede uno conservarse y el otro perderse.

Abadie divide en tres periodos distintos la enfermedad llamada inicial, de estado y de declinacion.

En un principio los sintomas son los de la conjuntiv-

vidis catarral per aquada antes de que aparezca la secrecion purulenta.

Se anuncia por sintomas subjetivos, calor, picuchazos sin que tarde en aparecer la tumefaccion y el reflejo secretorio. Rapidamente produce un quemosis mayor que en cual quier otra conjuntivitis, análogo a los de la panofalmitis.

En un principio no se produce ninguna exudacion en la superficie de la conjuntiva, que esta infiltrada, engrosada como abollonada, de aspecto rojo, granuloso; la secrecion celular que despues aparece pronto se torna en purulenta franca, muy raro encontrar verdaderas falsas membranas flotantes en el liquido secretorio.

Los párpados desde que se inicia la enfermedad se ponen rubicundos y sumamente edematosos hasta abarcar el globo del ojo en algunos casos el volumen de una nuez; la inflamacion y edema palpebral se acentua en mayor grado en el superior no siendo posible volverlos sin valernos de medios adecuados; el blefarospasmo y los dolores interiores lo impiden. En casos graves la secrecion purulenta del estado medio de

la afecion, nique sendo sera-purulenta, tornando la conjuntiva aspecto lardaceo.

El liquido amarillo cetrino que fluye por entre los párpados no se encuentra mas que en el segundo o tercer dia de la afecion.

Los bordes palpebrales tienen color rojo intenso; al invertirlos se observa que la mucosa está algo hinchada y con el mismo color que en el borde libre: la conjuntiva bulbar está muy impertada. En los fondos de saco existen filamentos de moco pus de color amarillo. El párpado superior hinchado, tumefacto pierde su movilidad y mantiene al ojo completamente oculto puesto que su borde libre rebasa y hasta oculta las pestañas del inferior.

A las treinta y seis o cuarenta horas de establecerse la produccion del liquido cetrino, es reemplazado por otro purulento, viscoso, de aspecto granuloso, que fluye a chorro por la abertura palpebral pudiendo ser proyectado al separar los párpados hasta los ojos de la persona que examina al niño. La conjuntiva en esta etapa de la enfermedad está rugosa y tumefacta.

Este sero-pus es escensivamente contagioso; basta depositar una partícula sobre una conjuntiva sana para hacerla

inoculación de la enfermedad.

Al presentarse esta secreción purulenta el ojo que era doloroso, como toda la region ocular, se calman los dolores y la dimensión de los párpados disminuye.

Esta aparente mejoría debe ser prevista y no dejarnos engañar por esta calma, porque el enfermito entonces atraviesa uno de los periodos mas criticos. Entonces es cuando nos podemos temer las complicaciones graves de la cornea.

Esta membrana al rededor de la cual en el principio de la enfermedad existe un quemoni que la rodea muy característico en el estado de purulencia de la conjuntivitis, se decama en epitelio por placas aisladas de lo que resultan pequeños fragmentos visibles a luz oblicua, sin que se altere por ello la transparencia propia de ella. De esta manera se abre puerta a los agentes infectivos contenidos en el pus y si el tratamiento no lo remedia e impide en tiempo rápido, la cornea es infiltrada por el pus que se insinua por entre sus ligo, mostrando a la observacion unas manchas grises amarillentas, visibles mejor a buena luz oblicua; a consecuencia de esta infiltración la cornea puede necrosarse y perforarse. Tam

Bien puede esta membrana afectarse de otro modo diferente, y en tal caso aparecen pronto un puntado gris que reuniéndose forma un voluminoso absceso en una region central. Este invade la cámara anterior por el pus y puede fraguarse amplia perforación por la que puede vaciarse el contenido del globo ocular. Otras veces en el limbo corneal que nómbrase del principio se establece una zona lineal de infiltración que forma un surco circular que puede transformarse en absceso (absceso anular de la cornea) y como no puede nutrirse esta membrana, se necrosa en totalidad.

Intentando los párpados edematosa esta dificultada el moverlos y cambiarlos de disposición; es necesario para separarlos, examinar la mucosa, los fondos de saco y ectasias de las corneas, proceder metódicamente. Sostenemos la cabeza del niño entre las rodillas cubiertas con una tohalla o lienzo; un ayudante sentado e inclinado frente al niño mantiene el cuerpo y le sujetó las manos; para las mucosas y los fondos de saco etc aplicamos el índice o el pulgar a cada lado sobre los párpados a un centimetro mas o menos de su borde libre; al separarlos comunmente se observa que la mucosa forma cada vez mas hernia hacia

fuera y acaba por presentarse de modo completo a la exploracion
Para examinar las corneas nos servimos de los separadores Desmarres
cuando no tenemos a mano estos, aproximamos los dos indices a los
bordes palpebrales y se separan con la uña suavemente haciéndoles
deslizarse sin permitirles volverse. Cuando exista en esta membrana cor-
neal la úlcera marginal que se presenta en ciertos casos por ser casi
transparentes requiere gran cuidado y prolijo examen en descubi-
rimiento, que no realizándose de esta manera no se comprueba o se
sospecha su existencia hasta que se produce la perforacion. Cuan-
do esta úlcera es central y destruye todo el tejido corneano el iris se
encarga de obstruir la pérdida de sustancia moderada resultando
de ello un leucoma adherente; en otros casos el iris entero for-
ma un velo a través del tejido corneano, si la abertura es muy
amplia expulsa el cristalino unas veces acompañado de hemo-
rragia abundante y otras sin ella y cede completamente el ojo
o se produce una panoftalmia que destruye el órgano y reclama
una enucleacion. En los casos de perforacion lateral es posible
conservar el resto de la cornea. Ya infiltracion de pus en esta
membrana destruye un tejido en mayor o menor estension o

se forman úlceras cuya profundidad es variable. En ciertos casos con bastante frecuencia la cornea se opacifica se necrosa y cae toda en una pieza; entonces queda el ojo irremisiblemente perdido.

En tal la cantidad de pus segregado algunas veces que al poco tiempo de practicarse un minucioso lavado, los fondos de saco de nuevo rebosan pus. Es muy variable la duración de la secreción purulenta; desde el octavo día de ordinario comienza a disminuir sensiblemente. Entonces se hace el pus más espeso y toma los caracteres del principio. Cuando la afección termina por la curación todos los síntomas disminuyen progresivamente, la conjuntiva disminuye de volumen y vuelve lentamente al estado normal.

Cuando la afección se abandona o no se atiende con los remedios adecuados o para al estado crónico, la conjuntiva durante mucho tiempo permanece engrosada e involucrada, se cubre de excrecencias papilares, que persisten mucho tiempo, de pliegues más o menos acentuados en los fondos de saco.

Ya toxina que elabora el gonococo eminentemente difusible y cáustica, probablemente es la culpable del quemosis característico de la afección.

Existe en esta enfermedad un caracter anato-patologico importante que no debemos olvidar de consignar, consistente en un engrosamiento del estroma papilar de la conjuntiva, cuya hiperplasia recae principalmente sobre los vasos. En los limites del dermis papilar, y el epitelio y los capilares, estan dilatados, y aumentados en numero; el epitelio se haya engrosado y aumenta el numero de sus capas celulares. Todas estas lesiones de la conjuntiva desaparecen sin dejar señales.

En todos los casos que hemos observado hemos comprobado la inquirgitation del ganglio pre-auricular.

El ojo puede ser objeto con motivo de las complicaciones de la cornea de una fusion purulenta.

Las relaciones de la oftalmia de Egipto con la oftalmia blefarorragica y catarral son desconocidas aun (1)

La conjuntivitis catarral purulenta evoluciona por regla general en diez o doce dias. En diez observaciones nuestras, que tu vieron intensidad media, de diez nacidos en siete la curacion se verifico del decimo al duodecimo dia, en dos trascurre

(1) Demetruades. Ann de ocul 1895

con dos semanas y en otro **observado** recientemente de parto pre-
 maturo, linfático, con primos antecedentes hereditarios, se hallaba
 en tratamiento, contando su afección mas de tres semanas, en cuan-
 to de la segunda infancia de los cinco **observados** personalmente
 porque uno asistido anteriormente por otro compañero, solicitó los
 recursos facultativos cuando la enfermedad se hallaba en su cito
 do medio, no pudo precisarse la fecha exacta de la aparición
 del afecto, duró la enfermedad de 10 a 14 dias (el niño mayor
 de esta, observaciones tenía 11 años).

Las complicaciones graves aparecen en los casos no tratados,
 convenientemente y a su tiempo debido, y en algunas formas de
 mediana intensidad que recaen en niños con escasa defensas
 orgánicas.

Como complicaciones de esta enfermedad, debemos señalar
 como frecuentes, las leucomas adherentes y los estafilomas o pa-
 cos, la dacriocistitis debida a la torsion de los canaliculos, por lo
 hincharon palpebral, como rara la artritis, en los niños en
 que la primera fuente de inoculación fué la conjuntiva y
 como muy rara la panoftalmia, aun ocurriendo como su

cede en algunos casos la fusión total de la cornea.

Como complicación posible ha señalado Berger la formación de abscesos sub-conjuntivales.

Mos Tres Novocourty Pirry (1) citaron un caso de nacimiento de quince días que a causa de una conjuntivitis purulenta, tuvo una serie de artritis purulenta que ocasionaron la muerte en 12 días. Estas artritis se localizaron en las rodillas, muñeca y articulación temporomandibular de la parte izquierda, en la esterno clavicular derecha, en las condro-costales de la 4ª y 5ª costilla. El examen bacteriológico de muestra el gonococo en el pus de la conjuntiva y de la rodilla en dos ocasiones en vida del enfermito. En la autopsia se recogió de todas las articulaciones atacadas, pus en que se descubrió el gonococo, que no se pudo cultivar en gelosina, sangresto que prueba la poca vitalidad del gonococo en el líquido articular y trae como precedente el resultado negativo del examen del líquido de los reumatismos blenorragicos, porque el gonococo sometido a fagocitosis activa desaparece pronto del pus articular.

La posibilidad de las dacrio-adenitis debe invés

(1) Rev. de Pediatría de Paris. Le Bull. Medical - sesión del 17. Noviembre de 1903

tiyame en concepto de A. Herson (3).

Segun Stephenson (2) si se exceptua la atropia del nervio optico, la conjuntivitis purulenta de los recién nacidos, ocasiona mas cegueras que toda otra enfermedad local de los ojos; manifesto que segun ciertos autores es causa del diez por ciento de cegueras.

Conjuntivitis pseudo-membranosas.

Conjuntivitis pseudo-membranosas difteroide. tiene una significacion bien distinta en cuanto a su forma la conjuntivitis pseudo-membranosa difterioide y difterica que es de suma importancia establecer. La difterioide esta caracterizada por la constitucion de un deposito de falsas membranas que se producen en el epitelio conjuntival; la difterica principalmente consiste en una infiltracion fibrinosa superficial o profunda en el espesor del tejido de la mucosa de la

(3) A. Herson - See cit

(2) G. Stephenson - Sociedad de Obstetricia de Londres - sesion de 1º julio 1903

Los microbios de la supuración ordinaria pueden llegar á producir falsas membranas, lo mismo en la garganta que en la conjuntiva.

Se ha distinguido por Comby (1) entre las conjuntivitis, una conjuntivitis pseudo-membranosa superficial, una profunda, una vírica y otra quínica. Estas subdivisiones no tienen interés, no se pueden por sus caracteres clínicos distinguir entre sí algunas de estas formas en la Clínica y si entre la pseudo-membranosa superficial y profunda la diferencia está en que la falsa membrana es menos adherente en la primera que en la segunda forma que en aquella está localizada ó generalizada, que sangra en esta la mucosa por debajo de ella, que el catarro es poco intenso y que la cornea es invadida con frecuencia, y que el catarro es mas intenso en la forma superficial hallándose en ella los mismos microbios gocos, puso y estreptococo y el bacilo de Weeks, que se encuentra

(1) Comby. Tratado de las enfermedades de la infancia. Trad de la 3ª edición francesa pag. 805

en la superficial la distinción de las cuatro formas de Coubeys, por
venta muchas dificultades, tanto clinicas como bacteriologicas.

Esta conjuntivitis pseudo membranosa difteroides o pseudo
difterica difiere realmente de la difteria hasta el punto de mere-
cer un nombre especifico como forma de una entidad morbosa
clínicamente considerada, pero en embargo el examen bacterio-
logico demuestra el bacilo de Goffler asociado al estafilococo estrepto-
cococo pneumonico etc siendo menos caracteristico el punto de mira
microbiano y el aspecto infectivo como agente o causa, que el
asunto y caracter de las alteraciones anatomicas, de falsas mem-
branas, que tienen un espesor y adherencia variable, sin in-
terferir el carion mucoso, alterando solo la capa epitelial muco-
sa yitando la conjuntiva por debajo de esa alteracion epite-
lial, inflamada pronta a verter sangre aun poseyendo la
vitalidad propia del extremo conjuntivo.

Esta conjuntivitis se manifiesta al principio por
un catarro interno, los párpados se ponen edematosos,
la conjuntiva esta tumefacto, no tardando en aparecer

las falsas membranas que en las formas leves se desprenden a la bre-
cion de la pinná facilmente.

Es casi siempre unilateral en su principio, haciendo las ma-
nifestaciones mas ortemibles en la cara interna del párpado y el
fondo de saco óculo palpebral, la conjuntiva bulbar raras ve-
ces se cubre de exudados difteroides; si tal hecho ocurriera pode-
mos temer complicaciones corneales como en la conjuntivitis pu-
rulenta. Rara vez afecta al globo ocular, citándonos como casos
excepcionales aquellos en que la localizacion toma aiento en
dichos punto; cuando aienta en el mismo globo ocular origina
la variedad úlcero membranosa descrita como forma de las con-
juntivitis de falsas membranas por los antiguos.

Aparecen muy pronto en los fondos de saco en la super-
ficie de la conjuntiva que los tapisa películas grisáceas ó amarillentas
de aspecto lardaceo.

Generalizase en ciertos casos la inflamación a ~~todo~~ la
conjuntiva y por intermedio de las vias lagrimales mas tarde al
otro ojo constituyendo la forma de propagacion en ~~V~~ de los

autores (1) Hemos observado una conjuntivitis pseudo-membranosa en una niña de 11 años, que padeciendo una erisipela palpebral a consecuencia ó sirviendole de vía infectiva una rinitis ulcerosa, propagare la infección estreptocócica a la conjuntiva, originando la afección; pudimos demostrar en el pus procedente de la conjuntivitis al estreptococo bien caracterizado.

El exesor de las falsas membranas es variable según la intensidad de la infección y su gravedad, y su fácil desprendimiento ó escasa adherencia, depende en parte de la misma magnitud y de la eficacia del tratamiento que se siga.

La secreción en un principio es solamente serosa, vuelve despues á francamente purulenta, de mas ó menos abundancia, permitiendo esta en ocasiones arrastrar las falsas membranas y espulsarse con ella.

Cuando termina el flujo, la mucosa recobra el estado de perfecta integridad, sin presentar en los puntos arientos de las membranas ninguna cicatriz.

Y su duración muy variable no puede limitarse á tiempo

(1) A. Cerron. loc. cit. pag 98.

determinado por depender de varias circunstancias, unas dependientes del distanciamiento ó asociación de los microbios que la originan, de su grado de virulencia, y de las defensas orgánicas del enfermo, estado de salud etc.

Las complicaciones por parte de la cornea, cuando la intensidad del mas es grande, pueden dar lugar á todos los trastornos y lesiones de la conjuntivitis purulenta, que ya describimos al tratar de esta.

Conjuntivitis pseudo-membranosa difterica En los primeros dias del nacimiento se puede padecer por el niño la difteria conjuntival; en tales casos, existe poca ó ninguna secreción purulenta; es mas frecuente del 2º al 8º año de la infancia.

Esta conjuntivitis comienza por una tumefacción muy marcada de los párpados, sobre todo del superior, que ofrece dificultades á los movimientos espontáneos, cuya tumefacción es idéntica á la que existe en el principio de la conjuntivitis purulenta; en los bordes y ángulos palpebrales se ven ulceraciones grisáceas y raniosas.

La mucosa hinchada y reluciente está pálida y descolorida. Al escarificar la conjuntiva presenta aspecto lardoso la superficie de sección formada, sangrando poco y con dificultad, a través de la incisión del tejido escarificado, por existir en el exterior del paríenquima de la mucosa un exudado fibrinoso, que le hace adquirir un color gris amarillento, cuyo exudado, suspendido de la circulación amenazando la vitalidad de la conjuntiva, pudiendo ocupar toda la extensión de esta y en los casos menos graves se limita a algunos puntos, bajo la forma de placas diftericas.

La secreción es en su principio saniosa grisacea escasa, si se exceptua la daerioresa que la acompaña.

La conjuntiva bulvar presenta quemosis que tienen la particularidad de al ser incidido no deja fluir serosidad por estar infiltrado el tejido conjuntival de fibrina coagulada gelatinosa; el exudado fibrinoso ahoga los capilares. En este periodo del mal, el párpado está duro se mueve con dificultades y asemejase según Grafe a la visera de una gorra.

A los cuatro ó cinco dias por hallarse la cornea

privada de nutrición, de riego sanguíneo, se altera en su con-
torno marginal, en los puntos en que cambia la textura
de la conjuntiva para recubrir la cornea, se forma pron-
to una úlcera que puede hacer que se desprenda en una
sola pieza la membrana epitelada; el exudado inster-
ticial en esta etapa de la enfermedad es eliminado ex-
pontáneamente por medio de escaras en el tercer
periodo o de cicatrización de Graefe, que debe termi-
nar la escena morbosa. La destrucción de la cornea
es debida a las infiltraciones microbianas (Gourditte),
de asociaciones estafilocócicas o estreptocócicas; se-
gún H. Cooper (Bruselas 1897), la cornea es ataca-
da por la toxina diftérica. El estafilococo y el estrept-
tococo son según el primero, la causa de las lesiones supu-
rativas y gangrenosas y del infarto ganglionar; nos ad-
herimos a esta última opinión, sin negar la posibilidad
de la opinión de Cooper.

Se observa en este tiempo de parte de la conjuntiva

que adquiere lentamente el aspecto que ofrece en la conjuntivitis purulenta, un trabajo inflamatorio, que da lugar á todos los síntomas de la conjuntivitis purulenta bajo el punto de vista secretorio, cuya supuración arrastra los tejidos afectados.

Como carácter subjetivo debemos señalar un vivo dolor que acomete al niño al iniciarse, mas intenso que el de la conjuntivitis purulenta, dolor que se aviva al tocar los párpados y mas aun al invertir el superior, que no da lugar á hemorragias, como algunas veces ocurre en la conjuntivitis purulenta, cuyo dolor en parte se mitiga al comensar la supuración si las lesiones corneales no lo exacerban y recrudescen.

La cicatrización que se origina para reparar las pérdidas de tejido conjuntival producen el estroñon y la triquiasis.

Esta forma de enfermedad es la que se observa en los niños de poca edad. De Gräfe la considera como una

manifestación de un estado general grave en el curso de la difteria.

Es manifestada desde su principio la intensidad de las formas graves y malignas; en ellas la falsa membrana sea ó menos generalizada ó confluyente limitada á corta extensión, no se halla en armonía con la reacción intensa de la conjuntiva y del estado general, ni con la infiltración del tejido conectivo y sub-conectivo, trinchazón de los párpados, tan grande como en la conjuntivitis gonocócica, ni marcada durera, estado tardío, ni tampoco con la necrosis corneana total.

El período de infiltración sigue el supuratorio, que es debido á la destrucción de los tejidos, acentuado de las lesiones ó la mortificación originada en ellos, no siendo raro encontrar entre los productos secretorios tróicos de conjuntiva.

Termina la enfermedad por símbles paros parciales, leucomas totales ó parciales, prooftalmias, atrofias, escotaduras del borde ciliar e ictericiales y triquias y con las complicaciones de orden general de la difteria grave.

Yeghin Comby (1) existe una forma de conjuntivitis difterica, caracterizada por la formacion de una falsa membrana pultacea, muy visible, sin hincharon considerable de los párpados, derrame sero-purulento notable y falsas membranas fáciles de desprender con la pinza.

El estado general es malo, y hay fiebre. A veces existen otras localizaciones diftericas (mientras dos observaciones ya referidas lo comprueban) Con ocasion de una epidemia difterica hemos asistido nunca en que no existia ninguna manifestacion difterica en otro sitio distinto de la conjuntiva.

Las cicatrices que se forman como consecuencia de las lesiones pueden ser bastante extensas y originan grandes simblefarons entre la conjuntiva ocular y la palpebral. El saco conjuntival al estrecharse pierde sus propiedades fisiologicas hasta el punto de provocar una verdadera exoftalmia que termina con la perdida total del globo ocular. El periodo de cicatrizacion puede ser muy largo.

(1) Doc. ya citada.

Esta conjuntivitis pseudo-membranosa difterídica dura generalmente varias semanas, á pesar de poner un buen tratamiento. En los casos benignos la conjuntivitis termina sin dejar marcas de su existencia anterior. Esto ocurrió en uno de los casos citados en la etiología y patogenia de nuestra observación personal, que en virtud de la oportunidad y eficacia del tratamiento puesto en práctica y de la ventajosa acción del suero antidifterico Lorente, á la tercera inyección no quedó rastro de falsa membrana, desprendiéndose fácilmente, no quedando ulteriormente nada que indicara la existencia anterior de la expresada conjuntivitis.

En muy contados casos en lugar de disminuirse se paulatinamente los síntomas del mal, aumenta la intensidad de los fenómenos inflamatorios, agrávanse los signos locales, los párpados se infiltran, pierden su elasticidad, destruyese la cornea, al par que aumentan en intensidad las manifestaciones faringéas ó laringéas en las difterias malignas.

Guibert ha observado recidivas que llegaron a convertirse en cierto modo una forma crónica, en niños encamijados y esclerótics. Esta forma crónica ha sido descrita y mencionada por Valude, que han observado Hulme y Bari; y la conjuntivitis pseudo-membranosa subaguda también se ha señalado y admitido por algunos. En la Polí-clínica del Hospital general en la sección de Oftalmología del Dr. Manilla, observamos en 1899 y 1900, dos formas crónicas de conjuntivitis pseudo-membranosas.



DIAGNÓSTICO.

El examen bacteriológico presta marcados servicios en el diagnóstico de las conjuntivitis secretoras, aparte de la noción etiológica que suministra.

Es difícil al principio confundir la conjuntivitis catarral con las otras variedades de conjuntivitis secretoras, siendo sólo el examen bacteriológico, el único medio de diagnóstico en esta etapa, sin cuyo medio, en tales circunstancias, el juicio de diferencia civil formado, no se podría lograr sin su auxilio, con el cual se eliminan los demás casos, principalmente cuando se trata de niños recién nacidos. Este medio de diagnóstico es conveniente utilizar en todos los casos de catarro avanzado si bien no tiene importancia igual si se realiza al comienzo o en el momento de las manifestaciones clínicas más intensas del afecto.

Debe examinarse con prolijas cuidados los fondos de saco superior e inferior, particularmente cuando el catarro afecta

un solo ojo y puede haberse producido por un cuerpo extraño, porque en tal caso, con tal exploración, puede cumplirse en sus comienzos la indicación causal. Con los mismos prolijos cuidados debe examinarse el estado de los bordes ciliares, conductos lagrimales y las fosas nasales.

Debe procurarse adquirir todos los datos posibles en cuanto se refiere a las condiciones de salud del niño, posibles diatesis, linfatismo, enfermedades oculares anteriores etc. Deben investigarse con cuidadosa atención cuanto pueda haber servido como causa o medio de contagio al propio tiempo que se examinará el medio ambiente habitual, condiciones de luz, humedad, existencia de polvos, vapores irritantes etc.

En los niños escrofulosos constituirá una circunstancia concomitante la frecuente infiltración de los oídos y la hipertrofia del labio superior; en ambos signos puedan servir a acusar la existencia de ese estado.

El método de vida del niño, debe ser objeto de nuestra atención, haciendo las preguntas pertinentes y averiguando

si con motivo de otras causas, se hallan tomando cierta clase de medicación de eliminación o irritación mucosa.

Segun Paras la existencia en la secreción de la conjuntivitis del recién nacido del bacilo de Koch-Weeks, comprobados por los medios anteriormente señalados, eliminará por exclusión la idea de que la enfermedad pueda ser de naturaleza gonocócica, como tambien eliminará la probabilidad de que se tratara y confundiera con la dacriocistitis congénita.

La única afección con que puede confundirse la conjuntivitis purulenta es con la conjuntivitis granulosa aguda, pero invirtiendo convenientemente el párpado se notaran las granulaciones con facilidad; además en esta se apreciaron pequeñas manchas blancas, rodeadas de vasos, que no son prominentes sobre la superficie conjuntival. En la conjuntivitis purulenta pueden existir papilas puntiagudas excrecentes, pero en la conjuntivitis granulosa hay poca secreción y la inflamación es mayor; esto por lo que se refiere a los niños de la segunda infancia y si el gonococo es frecuente en la última no

están constante como en la conjuntivitis purulenta con quien pudiera confundirse difícilmente.

Esto es en modo alguno, como pudiera creerse de la lectura de los clásicos, que la conjuntivitis de los recién nacidos sea sinónima de oftalmia hemorrágica y por ello es lógico y conveindría que separadamente se describieran las diversas conjuntivitis de esa edad, si la microbiología pudiera hallar a esta altura en lo que se refiere a la perfecta separación, distinción y conocimiento de todos los microbios que pueden hallarse en la investigación de la secreción.

Bajo el punto de vista del diagnóstico diferencial de las infecciones conjuntivales, el estudio de la adenitis concomitante tiene cierta utilidad, puesto que unas no se acompañan de adenitis y otras las tienen siempre muy voluminosas. Ciertas adenitis tienen importancia puesto que han permitido afirmar el origen infeccioso de la conjuntivitis animal, cuya etiología microbiana está todavía en estudio y otras diversas infecciones conjuntivales, no bien conocidas.

ero se confundirá en un examen bien hecho, la pruriginosa o la hinchazón consecutiva a un flemón del saco lagrimal, con la conjuntivitis purulenta gonocócica. El aspecto de la secreción, la escasa hinchazón del párpado y de la conjuntiva en la conjuntivitis catarral mucosa, servirán para diferenciarla de la purulenta.

El examen bacteriológico del pus en esta conjuntivitis es muy importante; él permitirá descubrir los diversos microbios que la originan, y su relativo predominio en unos casos y en otros.

Desde 1898 Peter Horrocks, desde que está encargado de la consulta ginecológica en el Guy's Hospital, acostumbraba enviar muestras de pus al Departamento de bacteriología. ero recuerda que el examen bacteriológico confirmó una sola vez el diagnóstico de blenorragia; el pus se tomaba de la vagina uretra y cuello uterino y en casos de blenorragia indudable el resultado del informe fue dudoso encontrándose los gonococos, sólo en casos de

hemorragia indudable; en los casos de vaginitis crónica no se encontraron. En cambio el descubrimiento de dicho microbio en el flujo de la conjuntivitis gonocócica es sencillo.

En la práctica perimetaria demañado complicada y lento recurrir a las culturas y creemos posible llevar a cabo el diagnóstico de la existencia del gonococo mediante un objetivo de immersion, una solución cualquiera de anilina y un poco de agua. Se colocará una gota de pus en una laminita en donde se extenderá por su superficie y se dejará secar o se pasará ligeramente por la llama; se la cubrirá luego con unas gotas de solución acuosa saturada de azul de metileno y al cabo de algunos minutos se la lavará a chorro, para hacer desaparecer el exceso de colorante, y se secará la lamina con papel buvard o a la lámpara. Entonces se lleva a cabo el examen con toda seguridad, y se averiguará si la conjuntivitis es debida o producida por el gonococo, entre los demás microbios que la originan; en caso de duda se recurre al procedimiento

de Gram ó de la práctica de culturas; si no existiera dicho microbio se buscarán los demás que pueden producirlos, de que ya nos hemos ocupado.

— Las conjuntivitis pseudo-membranosas, según la descripción de Bonisson, difiere de la catarral por intensa, por estar la mucosa de los párpados reforzada en los fondos de saco, por la existencia de una membrana delgada, que no se adhiere á la mucosa y que tiene el aspecto de clara de huevo cocida; esto se presenta como epifenomeno de la enfermedad. La difterica propiamente tal, se caracterizará por la infiltración profunda de la mucosa conjuntival, que está gruesa, tardava, la mucosa tensa, rígida, equimótica, pero desprovista de vasos, pierde su vitalidad presentando un color amarillento de escara y sin existir pseudo-membranas en la superficie.

Las conjuntivitis de pseudo-membrana, difteroides ó pseudo-diftericas y diftericas, deben distinguirse de las demás conjuntivitis, bien ofrezcan bajo el aspecto clínico

un caracter leve ó maligno. Sin el examen bacteriologico, imposible seria hacer un diagnóstico seguro, como ocurre con el de otras enfermedades especificas. Es menester ademas cultivar en suero el bacilo para su demostración y hacer las investigaciones experimentales que puedan dar nocion del estado y virulencia del microbio. Si se demuestra con facilidad el estreptococo y existen dificultades para aislar los microbios con que se halla asociado, será menester tomar con todo rigor la profilaxia de los niños que puedan hallarse alrededor del enfermo, porque se ha de tener en cuenta la muy probable asociación con el bacilo de Böffler y hasta en los casos benignos debe imponerse esta profilaxia para evitar el contagio. No existiendo mas que el motivo de contagio por si solo seria útil el examen bacteriologico por dar la nocion precisa para la inoculación preventiva del suero antidifterico en los niños que por hallarse inevitablemente cerca del enfermo tuvieran probabilidades de adquirir la enfermedad. La diferente conducta que ha de seguirse en el tratamiento segun se trate del estreptococo puro

aislado sin asociación, o del bacilo de Löffler sólo podrá marcarla el examen bacteriológico y este sólo hecho también justificaria por sí solo que tal medio de investigación clínica se lleve a cabo.



PRONÓSTICO

Ciertas conjuntivitis catarrales son mas graves en el adulto que en el niño; en mayor grado y significación lo es la conjuntivitis gonocócica. La conjuntivitis catarral mucosa es bastante benigna en el niño; los graves casos de ella se presentan en las edades medias de la vida.

La conjuntivitis de forma pseudo-membranosa difterica es mas grave en el niño.

Siendo mas apto el terreno de los recién nacidos, aun para los microbios de igual virulencia las conjuntivitis de falsas membranas son mas graves en los niños que en los adultos.

A las cuarenta y ocho horas puede en la conjuntivitis gonocócica presentarse complicaciones de cierta gravedad.

El pronóstico de la conjuntivitis catarral en los recién nacidos es benigno, pero siendo contagiosa, su virulencia puede ser grande al transportarse de un terreno a otro.

Los equimosis subconjuntivales en estas conjuntivitis catarrales no ofrecen gravedad.

La conjuntivitis catarral crónica determina no pocas enfermedades de los ojos, y sólo en este concepto puede y debe atribuírsele alguna gravedad de que por sí sola carece.

La conjuntivitis purulenta siempre muy grave en todos los periodos; se pueden temer las complicaciones de la cornea que precisan mantenerse siempre reservados aun en los casos que pareciera seguir una evolución favorable. El mal estado general es de tal naturaleza, que puede contribuir mucho á agravar el pronóstico.

A consecuencia de una discusión (Pinnard) (1) con motivo de una consulta del gobierno francés á la Academia, sobre la oportunidad de obligar á las matronas á lavar los ojos de todo recién nacido, para evitar la conjuntivitis purulenta y las ceguerras consecutivas, manifestó que era inútil llamar la atención sobre la importancia de este asunto, porque las oftalmías ó conjuntivitis purulentas, han constituido y constituyen la causa más frecuente de la ceguera. En 1874 probó Frenzel que entre los

(1) Academia de Medicina de París - sesión del 16 de julio de 1901. -

ciegos acogidos en el Asilo de Berne. Píngl el 37 por 100 debían su ceguera a esta causa. Retter, quince años después, dice que la proporción es casi idéntica en los asilos de otros países 25.83 en Alemania, 20.47 en Austria, 20.78, en Italia, 26.02, en Suiza, 24 por 100 en América.

Si la oftalmia purulenta empieza al tercer día del nacimiento debe temerse que sea grave, sino empieza hasta el octavo día, o después, hay probabilidades de que sea benigna.

El contagio en el adulto (1) por la secreción procedente de una conjuntivitis del recién nacido, ha ocasionado según las observaciones recogidas por Renaud los más terribles accidentes. A. Gerson. ha tenido (2) «ocasión de observar en una mujer joven que ayudaba a una de sus vecinas a cuidar una oftalmía de recién nacido y que se inoculó el ojo izquierdo, perdió dicho ojo a causa de una conjuntivitis fulminante, en tanto que el recién nacido de que provenía el pus, curó de la suya». Hemos podido nosotros observar un caso análogo, pero la oftal.

(1) Journales de Montpellier 1838

(2) Loc. cit. pag. 94

nia de donde procedia el pus recaid en un niño de dos años y el sujeto inooculado tenia RR, perdió el ojo, si bien se nota antecedentes sifiliticos y era mal constituido. Ocurrió otra cosa parecida con la contaminación de pus procedente de vulvo-vaginitis gonocócica de una niña, que por tocarse con los dedos en la region vulvar y tocar con ellos los párpados de un hermano de edad adulta padeció énter una conjuntivitis con complicaciones corneales.

En nuestras varias observaciones, curaron bien si exceptuamos dos casos en que se ulceró la cornea consiguiendo con oportunos remedios impedir la perforacion y en el otro en lugar de quedar como en el primero ligeras cicatrices perinte avia un flujo y se halla sin curar y sometido á tratamiento. En nuestras observaciones discutimos el gonococo, estafilococo estreptococo y pneumococo en este orden de frecuencia.

Segun Charles los casos mas graves de la conjuntivitis purulenta de los recién nacidos son aquellos en que se encuentran estreptococos solos ó asociados al gonococo y á otros

bacilos como el de Söffler, mientras que los cocos de gonococos puros son relativamente mas benignos. Esto mismo podemos nosotros afirmar de nuestras observaciones personales.

La conjuntivitis es la manifestacion ocular mas comun de la infeccion general blenorragica. El reumatismo blenorragico debido a infeccion general gonococica, se observa en todas las localizaciones de esta, en las de la conjuntivitis, vulvo-vaginitis de la infancia, en la proporcion de uno a dos por ciento segun los testimonios de Fox, Bertelin, Morax, Lucas Galerowski, Lindemann, Finger y otros.

En las formas benignas de la conjuntivitis pseudo-membranosa, cuando el tratamiento seguido es el que conviene et reitutio ad integro operare communmente, no quedando señal alguna en el ojo afecto, que denuncie la existencia anterior de esta oftalmia.

Existe (Halude) una forma peligrosa de conjuntivitis pseudo-membranosa crupal, hiperaguda, que destruye la cornea en poco tiempo, en la que el tratamiento es poco eficaz.

Las conjuntivitis de pseudo-membranas en sus formas graves, la cuantia e importancia de las complicaciones, llevan

tras si muchas veces la pérdida de la función del órgano, cuando por la importancia de las complicaciones generales, unidas a las del órgano vinal terminan con la muerte; este hecho ocurre en las formas diftericas graves. El pronóstico de estas formas es pues gravísimo. Se ha modificado algo en estos últimos años con la aplicación de la seroterapia, pero las producidas por el estreptococo originan "verdaderos desastres" (Cerron), cuando que su marcha destructora puede adquirir forma galopante.

En la de forma crupal, difteroides, el pronóstico es benigno, como manifestación local, pero es grande la gravedad de la enfermedad general.

Las circunstancias de ser unas conjuntivitis mas graves en el niño que en el adulto y otras por el contrario mas graves en este que en aquel prueban la importancia del terreno y su influencia indiscutible.

TRATAMIENTO

Conjuntivitis catarrales.

Conjuntivitis catarral mucosa. Está demostrado que la oclusión de los párpados, aumenta la pululación microbiana, principalmente cuando disminuye la secreción lagrimal, por lo cual debe desecharse en el tratamiento de las conjuntivitis.

Habiendo demostrado en la etiología y patogenia la influencia de las infecciones de vecindad, deberán practicarse bajo tal punto de vista la antisepsia del borde ciliar, vias lagrimales, y fosas nasales que constituyen medios de infeccion.

Desde el punto de vista terapeutico, dada la patogenia microbiana admitida, es necesaria la combinacion de los tópicos con las irrigaciones bajo los párpados que limpian y desinfectan los fondos de saco, que no eran objeto de influenciaciones terapeuticas en épocas anteriores y que hoy adquieren una importancia reconocida, porque con ellas se persigue las repululaciones

microbianas.

En casos de existir reumatismo blenorragico, que puede originar la conjuntivitis sero-vascular de Fournier, se aspirará la conjuntiva con locuciones tibias dos veces al dia, se tratará la causa, averiguando la existencia probable de la secreción serosa producida en los órganos genitales.

Todo catarro conjuntival debe tratarse con energía. Debe hacerse desaparecer de ciertas clases sociales la creencia en que se hallan de curarse estos catarros con cualquier remedio sin rodearles de convenientes cuidados. Debe tambien evitarse el uso abusivo del sulfato de zinc, de las sales de cobre de las pilas telegraficas, tan eficaces para el vulgo, porque dejando a su voluntad la concentración de las disoluciones, unas veces por ser estas demasiado fuertes, y otras por excesivamente débiles, no se consiguen los resultados que conviene obtener en todos los casos. Es muy común la creencia en la eficacia de cualquier tratamiento, la bondad de tal ó cual remedio y el uso de estos tan sólo el tiempo que duran las molestias aunque subsista el estado inflamatorio de las

mucosas. Hemos visto en ciertas caras martirizar los niños con el uso imprudentes de colirios que fueron eficaces en otras enfermedades de los ojos, que ponderárase como excelentes panaceas en daño de los que los usen. Tenemos en la memoria buen número de casos de esta especie, siendo muchos los niños en que hemos tenido que tratar conjuntivitis químicas por uso abusivo de causticos, miidriaticos etc indebidamente aplicados, muchos son los que confían en que basta el uso de la solución boricada en lavados mas ó menos frecuentes y si esto basta en ciertos casos en otros no se tiene la curación en el debido tiempo.

Si la secreción se forma en mayor abundancia en el fondo de saco del debemos hacer llegar los remedios y por ello las irrigaciones deben figurar al lado de los topicos obteniendo así ventajosos resultados en particular, cuando la secreción sea muy abundante, porque esta servirá de estímulo y agente para dificultar la curación. Se harán una ó dos irrigaciones según la intensidad del catarro, con solución antiéptica que lave los fondos de saco, con cámbulas fáciles de esterilizar, de reducidas dimensiones con extremidad curva olivar y obtusa.

Hemos usado como tratamiento abortivo los toques por la mañana, en los fondos de saco de una solución de protargol

al tres por ciento, pero solo obtenemos remetedos cuando la enfermedad se halla en sus comienzos, si bien acorta la duracion dicho remedio. Con dichos remedios curan pronto las conjuntivitis de abundante secrecion catarral, pero en ~~muchos~~ ^{algunos} casos permite, durante cierto tiempo un ligero flujo, que puede muy bien con ocasion de la renovacion de las causas, la minoracion de defensas, constituir peligro de recidiva.

En tales casos Demmarres (no otros hemos tenido que traerlo en 15 casos) practica en el mismo dia ó durante dos mananas seguidas una ó dos cauterizaciones con el lápiz de sulfato de cobre. A. Cerson ha podido ver terminar con dicho remedio, de una manera brusca y definitiva, con una sola cauterizacion, una conjuntivitis al parecer incurable. Sandolt recomienda para atenuar la picacion consecutiva la proyeccion sobre el punto cauterizado de una ligera cantidad de polvo de calometanos.

En los casos en que han existido ulceraciones corneales, de pronto, sobre ellas por insuflacion un poco de iodoformo perfirizado y hemos utilizado una ó dos veces al dia un colirio de bromhidrato de escopolamina.

En opinion de A. Berron debe preferirse el anterior colirio al de atropina, por ser menor la accion miidriatica de este; hemos tenido tan buenos resultados con uno como con otro. Tambien afirma dicho oftalmologo que la atropina expone al aumento del catarro; no tenemos pruebas de observaciones propias ni ajenas que lo prueben.

Quando exista cierta hiperhemia y el catarro estè proximo a su fin, los astringentes estaran indicados. Entre ellos usamos el sulfato aluminico potasico, en solucion acuosa al uno por ciento, adicionado de un elemento anestesico, cocaina, lãndano mejor, en la proporcion de tres o cuatro gotas, que hace menos sensible el colirio.

La colocacion sobre el ojo afecto de compresas de tela de hilo delgado y flexible mejor que de algodou hidropilo, empapadas en agua fria, que atenuara las molutias de las cauterizaciones irrigaciones y colirios astringentes.

Debe desecharse el uso de pomadas y el de la piedra infernal por ser la accion de esta demasiado caustica.

En el catarro estacionario y cronico, se investigara si su existencia obedece al estado de las vias lagrimales, foras nasales, borde utiar

o si se ha originado por el uso imprudente de colirios inconvenientes o al medio de vivienda del vino. En estos casos se modificará el regimen del enfermo y se tratarán las afecciones que entretienen el catarro.

Abstendrase el práctico del uso de fopios enérgicos y de las grandes irrigaciones que agravan el mal en lugar de curarlo.

Como astringente se ha usado el acetato de plomo, en las conjuntivitis crónicas, pero está contraindicado cuando la cornea está ulcerada, pues es posible que se forme un cloruro de plomo insoluble, susceptible de dejar una mancha blanca en la cornea.

El vientre debe mantenerse fácil empleando laxantes suaves, tamarindo, semillas de zaragotona, dátiles, jalea de ciruelas etc.

El tratamiento de la conjuntivitis crónica debe ser general y local; el primero debe combatir la diatesis hereditaria el temperamento morbo, la escrofulosis etc; se recomendarán según los casos el yoduro potásico, el jarabe iodo-tánico, el de yoduro de hierro, el aceite de higado de bacalao y el tratamiento hidroterápico que convenga.

Conjuntivitis catarrhal purulenta. El tratamiento de esta conjuntivitis debe ser profiláctico y curativo.

Esta conjuntivitis en los recién nacidos no sólo es susceptible de ser evitada, sino que puede curar sin pérdida de la visión, si se la trata pronto y bien. Las matronas no deben ser las encargadas de este tratamiento, por desgracia las madres pierden mucho tiempo empleando los lavatorios que aquellas las recomiendan.

Según Ribemont-Lepage (1), "La proporción considerable de niños que quedan ciegos à causa de la oftalmia indica suficientemente la importancia del tratamiento profiláctico de esta afección y demuestra à la vez la necesidad de diagnosticarla rápidamente y tratarla de un modo racional".

Es de interés sumo en la profilaxia, desinfectar la vagina y vulva de la madre, durante la gestación y en el momento del parto con irrigaciones de cianuro ó bichloruro de mercurio ó ácido bórico.

Inmediatamente despues del nacimiento, antes de seccionar el cordón, deberán enjugarse los ojos del recién nacido, con torundas de algodón esterilizado; es indispensable lavar los ojos del niño con un líquido

(1) R. Lepage. Crats de Obs. tomo II pag. 629.

do antiséptico, agua debilmente carbónica, solución de sales mercuricas etc

Exige la profilaxis poner los ojos del niño despues de nacer al abrigo de todo contacto de los agentes infecciosos; es preciso traer que cierto modo que el niño se halle en un medio aséptico, es decir, privado de todo germen, de todo microorganismo.

A Credi de Leipzig pertenece el método y el mérito de haber demostrado lo necesario de la profilaxia de la conjuntivitis purulenta en los recién nacidos, en todos los casos. Formuló las bases de esta profilaxia, que según su criterio deben tener doble objeto; 1º desinfectar los órganos genitales de la madre antes del parto 2º la desinfección de los ojos del niño despues del nacimiento. Merced a la previa desinfección genital, se disminuye o expulsan el número de microbios, que el niño podría encontrar al atravesar el conducto genital de su madre y merced tambien a la desinfección de los ojos del recién nacido, realizada despues del nacimiento, se limpian los párpados de los microorganismos que apesar de las inyecciones preventivas, ha podido contaminarse al atravesar la vagina y la vulva.

Ch. de Ribes emplea en su Clinica las instilaciones con soluciones de nitrato de plata al 1 por 100, o al 2; la proporción de conjuntivitis fueron 1'68 por 100 en 1896, 0'72 por 100 en 1897, y de 1'01 por 100 en 1898.

Lepage en la Maternidad del Hospital de la Piedad, lava los ojos del niño inmediatamente de nacer con agua hervida tibia y despues instila la solución de nitrato de plata recomendada por Bondin; en 1931 partos observó 10 casos de conjuntivitis.

Bondin reconoce que la solución de nitrato al 1 por 50 es muy eficaz. Le reprocha... el que... "determina á veces una hinchazón considerable de los párpados y en los dias siguientes una supuración tan abundante, que hemos visto á algunos compañeros creer en la existencia de una conjuntivitis purulenta, que querian curar por medio de nuevas cauterizaciones". Desde 1892 (1) emplea una solución de nitrato de plata al 0.1 gramos por 15 de agua destilada que instila de una á dos gotas entre los párpados despues de nacer el niño; en 2004 partos (2) no observó mas que dos oftalmias primitivas, en un caso el tratamiento profiláctico se habia omitido, y siete conjuntivitis secun-

(1) Bull. e' mem. de la Soc. de Gyn. de Bourdeaux p. 237.

(2) Progres medical - 19 janvier 1895.

darias que se presentaron 6, 7 y 8 días después del parto.

Hermann (1) opina que los estadísticas de Stephenson prueban de un modo fehaciente la superioridad de la disolución de nitrato de plata recomendada por Credé. En el Hospital general de la Maternidad, aparecieron conjuntivitis usando disoluciones de sublimado y al sustituirse por las de nitrato al dos por ciento no se presentaron. Cree necesaria la investigación previa del flujo leucorreico y según el resultado de esto emplear el nitrato si hay gonorreos y en caso contrario el sublimado en disoluciones al 1 por 2000 en instilación.

Se reconoció que la disolución argéntica, cauterizaba en exceso observándose conjuntivitis debidas a su uso.

Buchardt propuso irrigaciones con solución de nitrato de plata al uno por mil.

Olshausen en 1881 recomendó emplear la disolución férrica al 1 por 100 en instilaciones, disminuyendo las oftalmías al 3 por 100.

Schrader usó la disolución de bicloruro de mercurio al uno por mil, observando en un año 7 oftalmías en 1,015 recién nacidos; después otra al 1 por 5000 y de 460 niños dos padecieron conjuntivitis.

Kaltenbach en 1885 se limitó a lavar los ojos de los niños con

(1) Sociedad de Obs. de Londres. - Brit. Med. Journal. - serie de 1º julio 1903.

agua destilada y 350 casos no presentaron conjuntivitis.

Axenfeld imitó la conducta del anterior pero hacia desinfectar cuidadosamente la vagina de las embarazadas y los resultados fueron satisfactorios.

Leopold recomendó lavar los ojos y regiones próximas con licor de Van Lint; de 1,000 niños 7 padecieron conjuntivitis 15 conjuntivitis ligera benigna.

Collins aprobó el proceder anterior y asegura que empleando un líquido bactericida, el número de oftalmias disminuye.

Crousseau llama buen método profiláctico a lavar bien los ojos del niño con disolución de sublimado al uno por dos mil. Ha demostrado que esta solución no irrita ni es peligrosa sino se le incorpora alcohol; este lavado se hará todas las mañanas durante 30 días; además recomienda se siga el consejo de Valude de trazar penetrar en la conjuntiva pequeña cantidad de iodoformo tamizable.

Routh cree conveniente no substituir la disolución del nitrato argéntico por la de sublimado; se invoca contra la disolución de nitrato la dificultad de preparar y conservar; la de sublimado no tiene estos inconvenientes.

Walter Swayne estima que el método Credé es el mejor y reconoce que la conjuntivitis que origina da motivos al vulgo para decir que oca-

nona úlceras en los ojos; por ello en el departamento de Maternidad emplea el sublimado. Aunque las mujeres embarazadas estén predispuestas a contraer blenorragia, los casos verdaderos de esta comprobados bacteriológicamente y por cultivo son poco numerosos.

Griffith estima superior al nitrato en solución y que sus fracasos se deben a la dificultad de desinfectar los ojos; lo emplea siempre que sospecha la blenorragia materna y lava bien los párpados, nariz y labios en cuanto nace el niño, antes de que abra los ojos; para lavar emplea el sublimado al 1 por 1000, mas diluidas son menos eficaces y el ácido bórico lo cree poco mas eficaz que el agua pura. Cree que las estadísticas de Stephenson son tan notables y convincentes como las publicadas por la Sociedad de Oftalmología en 1884.

Valude (1) en lugar del nitrato emplea el iodoformo en polvo, obteniendo resultados tan buenos o mejores que con el uso de aquel.

Lantsheere (2) abandonó en 1890 las soluciones de nitrato

Athfeld en su Clínica experimentó los lavados con alcohol a 50°; de 449 casos tuvo 10 conjuntivitis medicamentosas; 6 de purulenta 4

(1) Bulletin medical - 25 marzo 1891

(2) Archives de Médecine et Chirurgie spéciales - junio 1902.

caros en que la inflamación desapareció del 10° al 15 días, 2 en que la conjuntivitis duró de 30 á 40 días. Con alcohol á 70° las conjuntivitis medicamentosas fueron el 5'18 por ciento, el de purulentas 1.4'8 y un caso grave que tardó en curar 44 días; los restantes de 7 á 10 días.

König cree que un grado superior de concentración del alcohol disminuye las conjuntivitis purulentas en intensidad y duración.

Es probable que con el alcohol á 96° no se observaran conjuntivitis purulentas, pero serian mas frecuentes las medicamentosas.

Pinard empleó en un principio la disolución de nitrato que de secho por sus ventajas; usó despues la de sublimado al 1 por 4.000, el zumo de limon, la disolución de ácido cítrico al 5 por 100, la de permanganato de potasa y despues la de arriodol. El permanganato lo emplea como profiláctico al uno por mil, previo lavado con una disolución jabonosa; de 1316 niños padecieron conjuntivitis 23, en 7 en los 4 primeros días apareció la afección y en 16 despues del cuarto; desde 25 de junio de 1901 emplea la disolución de arriodol en vez de la de permanganato.

Carrier en 1891 por consejo de Valude adoptó las insuflaciones de iodoformo de éite y sus conclusiones sobre sus ventajas.

Estas excelentes precauciones no siempre bastan a impedir la oftalmia.

Suponiendo que el 10 por 100 segun Stephenson padescan conjuntivitis purulenta la práctica de instilar disoluciones germicidas en los ojos del 90 por 100 de los recién nacidos es defectuosa. Si pudiera probarse que estas instilaciones no son nocivas podrian aconsejarse como tratamiento rutinario. Pero como no es asi, es un contrasentido exponer el 90 por 100 de los niños por beneficiar el 10 por 100. Ademas aun suponiendo que no se empleen medios profilácticos y el niño presente signos de oftalmia incipiente no es asunto tan complejo tratarla por los remedios germicidas. Se han citado casos de disminucion de conjuntivitis en Moorfields Eye Hospital desde que se emplean las instilaciones antisépticas. Mas esto puede ser debido en parte al empleo de los métodos antisépticos en los partos (P. Horrocks).

Bozall sin embargo estima que existen razones fundadas para adoptar medidas profilácticas en los recién nacidos sobre todo en la práctica de estudiantes y matronas; se dice que la enfermedad la sufren el 10 por 100, pero aunque fueran solo el 3 por

100 de los no sometidos a ellas, habia motivos para adoptarlas, por que en primer lugar la enfermedad desarrollada es tan difícil de curar y de consecuencias tan desastrosas que exige medios profilácticos mas que curativos. Si a los prácticos hábiles les es difícil, muchas veces imposible, decidir en la época del parto, en que casos particulares puede existir en la vagina una causa de infeccion, mucho mas difícil sera' de matronas, que son incapaces de conocer la existencia de una blenorragia latente, así que estas necesitan adoptar siempre las medidas profilácticas. Se costumbra en el Hospital general de la ~~maternidad~~ maternidad, a lavarse por fuera los ojos de los niños con disolucion de sublimado al 1 por 4.000, que equivale a inutilizar en el ojo una gota de disolucion al 1 por 1000, practica que tiene la ventaja de evitar todo derrame que exista entre los párpados.

Like esta de acuerdo con el anterior, en la necesidad de emplear el tratamiento profiláctico que considera difícil sustituir en la practica privada y que en los Hospitales deben emplearse siempre por la dificultad en saber si la mujer ha padecido blenorragia, porque puede existir el gonoceo sin derrame; cree que segun las estadísticas de Stephenson los mejores resultados son debidos al nitrato, que puede conservarse en frascos de color bien

tapados; el gonococo cree se puede descubrir en el 99 por 100 de los casos.

Cuthbert Lockyer dice que en las salas de Obstetricia de Bonner Frauenklinik, Engelmann viendo el mal resultado de Credi emplea la disolución de protargol al 2 por 100, que tiene acción profiláctica idéntica al nitrato en igual proporción sin producir acción inflamatoria.

Cramer no ha observado esta reacción en el 2 por 100 de los casos empleando el nitrato, pero con el protargol, según Engelmann dijo de observarse en el 80 por 100 de los casos de Cramer.

Bischoff, sucesor de Engelmann en Bonn, usa la disolución de acetato argéntico al 1 por 100, que estima igual al nitrato como antiséptico y que la reacción argéntica es tan inofensiva y ligera que no debe estimarse como argumento en contra.

Stephenson dice que no se citan casos, en que usando el método Credi se observaran consecuencias funestas; en el caso de Armaingnac había vulvitis purulenta; en dos casos de su práctica hubo otorrea simultánea sin gonococos en la secreción; las virtudes del sublimado al 1 por 1000 y las del protargol al 2 por 100 son excelentes, pero que se han empleado poco para recomendar su uso general; el sublimado lo cree perju-

dicial para la curación de los niños.

El método de Credé usado en su clínica desde 1^o de junio de 1880, se utilizaba haciendo la desinfección de la vagina con una disolución fenicada; en los niños después del baño se hacía la imitación entre los párpados de la disolución de nitrato ya referida. Siguióse este método y el número de conjuntivitis en la Maternidad de Leipzig disminuyó de 3 a 9 por 100 (desde 1875 a 1880) a 0.50 por 100.

Este método de Credé no obstante sus buenos resultados no debe generalizarse, debiendo tan sólo utilizarlo en aquellos casos de blenorrea confirmada intensa, sino se practica a su tiempo la desinfección vaginal. La conjuntivitis puede ser causada por el uso immoderado del nitrato de plata (argironi). Las moléculas del óxido de plata se fijan en las partes profundas de la mucosa, trata las fibras elásticas.

Creo Cullingworth que siendo importantísima la desinfección de los ojos del recién nacido, debe recomendarse una disolución antiséptica, que se genera en su empleo, que este sea sencillo; a su juicio la de sulfato aunque no es idealmente la mejor es la más apropiada.

Pinard (1) dice que sea el que quiera el método que se emplee

(1) Acad. de Med. de París - Julio 1901.

sea el que fuere el agente medicamentoso que se utilizase, se ven en las Uta
ternidades y en la práctica privada, aunque con menos frecuencia,
casos de conjuntivitis; esto no debe sorprender a los oculistas, porque el agen-
te patógeno no es siempre el mismo, ni posee igual virulencia.

Según el parecer de químicos competentes, la eficacia de las
disoluciones mercuriales, depende de su iodización y ésta sólo se pro-
duce cuando se emplea el agua como disolvente. Ahora bien todos sa-
bemos que el ioduro de mercurio es casi insoluble en agua pura, pe-
ro soluble en la disolución de ioduro potásico con el que está casi siempre
combinado. Por esta razón es dudoso para el químico si la disolución
de ioduro de mercurio como no es una disolución acuosa simple
posee alguna propiedad antiséptica. Este problema creemos sólo
se resolverá por los resultados de la experimentación clínica y bacteriológica.

Giendo de indiscutible utilidad el uso del tratamiento profi-
lático, como puede desprenderse del resumen sucinto que antecede,
cuya idea ha prevalecido a su conignación, desde 1901 hemos influí-
do en nuestra clientela para que quince días antes del parto y du-
rante él, toda mujer embarazada se bañara una vez al día una

irrigación vaginal, de disolución de cianuro ó de bicloruro de mercurio al 0,50 por 1000) y en 465 casos que han seguido esta práctica sólo ha aparecido la conjuntivitis en 6 casos (1,29 por 100) como que da dicho la importancia y utilidad de esos lavados previos. Dada la recomendación del nitrato de plata por Credi, Bondin, A. Cerrion, Heiman, Cagrange, Ch. de Pube, Lepage y otros, hemos no obstante temido la irritación y conjuntivitis que sigue á su uso y siguiendo el consejo de Schrader, Walter y otros, empleamos una disolución de bicloruro de mercurio al uno por cuatro mil. Hemos hecho regenerar el uso en la limpieza de niños al nacer de la referida disolución antiséptica lavando abundantemente los ojos y regiones inmediatas y desde que Liebreich en 1894 recomendó la argonina, como substitutivo ventajoso del nitrato de plata y desde que conocimos los trabajos de Jellinek (1) sobre la argonina Li , que por su solubilidad en el agua, hace fácil su empleo que no causa ninguna sensación dolorosa, sin ninguna reacción viva, empleamos una solución al 2 por 100, de la que instilamos una ó dos gotas, sin haber notado hasta hoy, ningún fenómeno irritante debido á su uso. Siempre mandamos que al bañar al niño se procure que el agua del baño

(1) Jellinek - Wiener medicínsche Wochenschrift. 1889 pag. 209.

no le moje la cara.

En los casos que ambos medios preservativos no basten á evitar la conjuntivitis, ésta se presenta menos grave en su curso y manifestaciones. Cuando el parto se prolonga los cuidados deben ser mayores.

En muchos países y en todos debia generalizarse la obligacion en las matronas de avisar al médico tan pronto como se manifiestan los síntomas primeros de la conjuntivitis.

Tienral, Brece y Cerron padre, propusieron que al hacerse la declaracion por los padres en el Registro civil, para inscribir al niño se imponiera la obligacion de dar una nota que versara sobre los peligros de la conjuntivitis purulenta.

De la manera que sigue se expresa Pinard resumiendo el tratamiento profilactico. - sesion de 16 de julio del 901 - Academia de medicina

4º Teoricamente el tratamiento profilactico ideal consiste en poner los ojos del niño á cubierto de todo agente infeccioso, desde que se abre el fúero humano hasta los veinte dias despues del nacimiento

5º Practicamente el empleo de los distintos métodos antisépticos debidos á obtener la asepsia del aparato genital materno, antes del par

to y del aparato ocular del feto en el momento del nacimiento y cuando menos en las tres semanas siguientes ha disminuido en proporciones considerables el número de las oftalmías purulentas en los recién nacidos sin hacerlas desaparecer por completo sea el que que
ra el agente medicamentoso empleado.

Pero el tratamiento no consiste sólo en impedir la conjuntivitis sino que debe evitarse la propagación de la enfermedad. El niño que padece la conjuntivitis de un solo ojo, constituye un peligro para contagiarse el otro, cosas muy fáciles en tales circunstancias, aun que se tenga la precaución cuando se trata de niños pequeños de los primeros meses de la vida, de acortarlos sobre el lado enfermo. En las Maternidades el niño debe ser rigurosamente aislado y asistido por un personal especial. A todas las personas que cuiden a los niños, ha de advertirseles la gran precaución que ha de tomarse al separar los párpados, para que el pus no se proyecte a la cara; después de cada cura debe hacerse una desinfección prolija de las manos. A los enfermos de blenorragia debe advertirseles los peligros a que se expondrían por la inoculación en sí ó en los que les rodean

El haber adoptado la argonina como preferente entre las demás sustancias profilácticas recomendadas ha sido porque:

a) Mata los microbios cuando se encuentran en líquidos albuminoides.

b) Penetra en los tejidos tres ó cuatro veces más que el nitrato y no forma precipitados como él, con los albuminoides.

c) No ejerce acción irritante y caústica sobre las mucosas. (1)

Comparando las disoluciones de nitrato de plata con las de argonina, matan éstas como aquellas, de un modo seguro con la apreciable ventaja de no inspirar temor alguno respecto á complicaciones ó agravación que las de nitrato pueden ocasionar; las de argonina con respecto á las de este son de inocuidad absoluta para la conjuntiva y la córnea.

Todas las matronas debían ser obligadas á aplicar los métodos antisepticos para conseguir la asepsia durante el tiempo conveniente y debían conocer todos los peligros de estas conjuntivitis.

En la actualidad no existe un tratamiento específico de las conjuntivitis purulentas y lo único con que contamos es con varios susceptibles de concurrir á este fin, sin que podamos definir por adelantado

(1) En Rusia que es obligatorio el uso del nitrato argéntico como profiláctico no ha disminuido el número de ciegos por conjuntivitis purulenta.

Las causas de las preferencias ó de las antipatías de tales ó cuales conjuntivitis para tales ó cuales remedios.

Si las conjuntivitis purulentas pueden á las 48 horas, producir lesiones graves en la cornea, el tratamiento ha de ponerse en práctica en los primeros momentos y combatir rigorosamente el mal; toda dilación es peligrosa, todo aplazamiento criminal. La oftalmia purulenta descrita da produce con mucha constancia la pérdida de la visión. Por fortuna es un mal en que pueden vencer la terapéutica y por ello siguiendo un tratamiento conveniente se conseguirá la curación.

Para aplicar convenientemente los recursos terapéuticos es importante tener en cuenta los diversos estadios porque para la enfermedad, para indicar el que se ha de emplear en cada uno de ellos.

Higgers preconizó los siguientes medios; 1º lavar los ojos con una solución de ácido bórico al 5 por 100; 2º recubrir toda la extensión de la conjuntiva con la siguiente pomada (1) 3º cubrir entre ambos ojos con un paño empapado en la pomada y poner vendaje; esto aconsejaba hacerlo cada dos ó cuatro horas según la intensidad del mal.

Mientras existe el periodo de secreción serosa hay quien recomien-

(1) Óxido am. de mercurio 0.30, ácido bórico 1, co caína 0.25 vaselina 30 granos.

de evitar la canterización por temor de originar una conjuntivitis de pseudo-membranas.

Ha demostrado la experiencia que el medio mas poderoso de que se dispone contra las supuraciones de la blenorragia, consiste en mantener la superficie de la mucosa libre de secreciones y lo mas limpia posible.

No deben emplearse para practicar las irrigaciones ni jeringas ni peras de goma por los peligros de contagio con el uso de esos medios. Sa gran ge reconociendo la utilidad de los lavados cuyo uso fue de los primeros en preconizar y en hacerlos prácticos por medio de un elevador de hueso que presentó en la Société de Chirurgie (23 de febrero 1903), dice que las irrigaciones prescritas por Orio, Andrews y otros no se habian introducido en la práctica corriente por los defectos del instrumental y que con su elevador se han vulgarizado. Kalt presentó a la Academia de Medicina (sesion de 7 de agosto de 1894) un embudo lavador de su invención para facilitar la colocación de las soluciones medicamentosas en contacto con toda la superficie conjuntival, barrer todas las secreciones y asegurar la penetración del agente medicamentoso en las capas de la mucosa conjuntival por medio de una presión moderada y prolongada. Portello (Congreso XIV de Medicina, Madrid 1903) pre-

sentó un nuevo elevador irrigador proponiendo que dos ó tres veces al día se hicieran grandes lavados con este irrigador que permite hacer una limpieza de la conjuntiva y la cornea; que con el nuevo elevador se veace el bléfaros parrnos, eleva el párpado y permite la fácil salida del liquido lavador (solucion boricada á 26 ó 28° sola ó adicionada de solucion de formal al 1 por 2000 de modo que no produzca escoror en el ojo).

Utilizamos el elevador de Kelt en los conjuntivitis de los niños de los primeros meses de la vida. Para hacer las irrigaciones colocamos al niño sobre las rodillas de un ayudante, con la cabeza sostenida con la mano izquierda y encima de una varija de borde ancho, la cara vuelta hacia arriba y la cabeza en un plano mas bajo que los pies. Antes de introducir el pabellon del tubo de ebonita, dejamos correr un poco liquido para llenar el tubo del embudo lavador. Este lo introducimos cogido con la mano derecha como una pluma de escribir introduciendo el pabellon primero suavemente en el fondo de saco inferior al que deprime y elevando con la mano izquierda el párpado superior le dejamos caer por delante del pabellon y queda el instrumento colocado y sostenido por la contraccion de los párpados; entonces se sostiene el tubo de

caucho del aparato, que por un lado está unido al embudo de esbita y por otro al aparato de irrigación y con la mano izquierda se cubre la boca y nariz del niño. La corriente de líquido se precipita en el interior de los párpados se duplican y distienden y arrastra todas las secreciones que se escaparon por las hendiduras palpebrales a los lados del embudo. Colocamos este aparato a medio metro de altura y hacemos pasar un litro en siete u ocho minutos.

Cuando la conjuntivitis es ligera hacemos dos irrigaciones mañana y tarde y si es intensa tres en las 24 horas. Usamos la siguiente solución concentrada de permanganato potásico (2 gramos en 50 de agua destilada) de la que ponemos una cucharadita de café de líquido de la irrigación; en las muy graves hacemos 4 irrigaciones diarios durante tres o cuatro días, y después disminuimos su número según decrecen en intensidad los síntomas y la secreción. Las unas hasta que cesa ésta y desaparece la hinchazón; cuando la irrigación se hace bien con poco irritantes y no tienen inconvenientes para el ojo. Hacemos uso del permanganato de cal cuando existen ulceraciones en la córnea, tan frecuentes en estas conjuntivitis, en la proporción

de un gramo por cuatro ó cinco litros de agua en igual número que las de potasa y á la temperatura de 30 á 32° ambas; es menos irritante que el de potasa.

Pinard desde 1894 emplea sólo las irrigaciones como tratamiento curativo, con la disolución de permanganato; todos los casos excepto uno observado en 1900 que padeció conjuntivitis doble y en que se produjo perforación de las corneas en menos de 24 horas, curaron.

Se ha intentado en vano curar las conjuntivitis sin el auxilio de las sales de plata, usando sólo la irrigación como el anterior, pero muchos han sido los que han visto la necesidad de recurrir á ellas.

Falude y Homer recomiendan evitar las cauterizaciones mientras la secreción es transparente, limitándose á irrigaciones antisépticas, con solución saturada de ácido bórico ó de traftol (1 por 5000). Green sin embargo que son necesarias en el periodo de franca supuración y que hay entonces que prescribirlas con rigor. En como hemos manifestado antes, las cauterizaciones con soluciones al 1 por 150 propuestas como profilácticas por Boudin ocasionan trastornos irritativos y siendo cierta la afirmación de A. Cernu, de que ejercen una influen-

cia atenuadora, tambien la ejercen las soluciones de sales orgánicas de plata, en el caso de que no baten á evitar la oftalmia, porque se ha de prescindir en el principio del mal de esa beneficiosa acción y se ha de considerar innecesario su uso, mientras la secreción es transparente? Ninguna ventaja se obtiene en obrar así y la beneficiosa acción de éstas, debe aprovecharse desde el primer momento.

En el primer periodo (Portello) cuando los fenómenos flogísticos dominan la escena á veces con exudación de falsas membranas, debe proibirse en absoluto la aplicación del nitrato de plata y mas aún á dosis caústicas, que no traen otra cosa que agravar y complicar la infección produciendo desastrosos resultados; dice lo mismo de las soluciones de sublimado, solas ó combinadas con el iodoformo en polvo, que producen úlceras, leucomas queratomas y estafilomas totales y una ceguera completa en una observación de un oculista.

Solo podria tolerarse á los partidarios del nitrato evitar el uso de las cauterizaciones con éste, mientras el liquido secretorio es cetrino, transparente y recarga en niños en que los síntomas se

iniciaron al pasar la primera semana del nacimiento y utilizar solo las irrigaciones, que no bastan solas cuando la secreción es purulenta.

Algunos autores aconsejan para las irrigaciones las soluciones antiépticas siguientes: ácido fénico 10, glicerina 50, agua 950; ó ácido salicílico 10, biborato sódico 5, agua 1 litro; solución de formol al 1 por 3,000; de extracto tebaico y otras muchas; el agua salicilada se ha empleado por De Wecker y Landolt y la fenicada al 1 por 1,000 por Berrier.

Cada dos horas debe limpiarse la secreción que fluye por entre los párpados con torundas de algodón empapadas en solución de permanganato potásico.

Algunos recomiendan la aplicación de compresas frías empapadas en la solución fenicada al 1 por 100, adicionada de trociscos de hielo; se renovarán con el mayor cuidado, con rigurosa exactitud, cada cuatro horas.

Las cauterizaciones con nitrato de plata han sido empleadas hasta épocas recientes y lo son en la actualidad por cortados oculistas, valiéndose de solución al 20, 30 ó 50 por 100 ó empleando el lápiz mitigado de nitrato de plata, en el momento que

la supuración se establece, pero todos convienen que es preciso el servirnos bien de él. Para usar las soluciones ó la barra, se coje el párpado con la espina bifida de Galzerovitch y se para el tapiz ó solución por la conjuntiva neutralizando con solución saturada de cloruro de sodio, el exceso de cáustico, y el precipitado blanco de cloruro ácido que puede constituir peligro para la cornea, se elimina con una torunda. En estas manipulaciones la cornea debe estar protegida bien como lo hace Galtier con una pequeña epítula, ó como Lagrange con pequeños protectores corneanos de cauchó (keratostege), que se mantiene por presión atmosférica sin resentir la cornea. Por la cauterización se produce una escara que interresa las capas superficiales de la córnea y va seguida de una exudación serosa que la desprende y sigue un periodo de regeneración, colapso de los tejidos y disminuye la secreción; al caerse la escara la córnea desnuda de epitelio sangra en diferentes puntos y disminuye su tumefacción; no se vuelve á cauterizar hasta que se regenera el epitelio y la secreción reaparezca. Este método lo consideramos perjudicial y peligroso y conviene sustituirlo con las soluciones de protargol que no tienen sus inconvenientes. Sólo á nuestro entender está indicado cuando la conjuntivitis empieza antes del tercer

dia de nacer el niño no debiendo usar el nitrato en barra en ningún caso. El tratamiento por la cauterización no siempre se puede ejecutar con facilidad porque muchas veces se experimenta una verdadera dificultad, para volver los párpados y cauterizarlos.

Las escarificaciones, escisión del quemosis, cuando está muy desarrollado, emisiones sanguíneas con sanguijuelas, cauterización niquica, aplicada en diversos puntos de su superficie son remedios que conviene utilizar en ciertos casos.

No se utilizará el hielo porque se formaría un edema duro.

Si los tejidos ofrecen aspecto lardaceo, preñado-membranoso restan contraindicados las cauterizaciones en sus partidarios y debe usarse las irrigaciones e inhalaciones de soluciones de protargol. Ha constituido un progreso real en el tratamiento, el empleo de las irrigaciones, como demostró su utilidad Gernon combinadas con los tópicos bajo los párpados.

No son opuestas las irrigaciones y el uso de las sales de plata mas bien ambas se influenciaron y contribuyen a la curación.

Se ha observado que empleando solo las irrigaciones, ó solo las sales de plata, ha sido difícil terminar la secreción y cuando se han empleado a un tiempo se ha conseguido con facilidad. No tenemos experiencia

cia particular del uso parcial de uno de esos medios, porque en los casos de nuestra observación hemos usado siempre ambos medios, con mas frecuencia uno que otro, segun la intensidad de los casos. Convencidos de que ambos recursos son útiles a la vez, hemos estimado prudente tratandon de una enfermedad tan grave, que en su principio puede ocultar parte de su malignidad, poner siempre en práctica ambos medios.

Siempre que aparezcan lesiones corneales, debe abstenerse el practico del uso del nitrato sea cual fuere el criterio curativo que tenga a cerca de este y utilizar la solución de protargol. Las complicaciones de la cornea son de tal gravedad, que deben preocupar constantemente al cirujano mientras dure el tratamiento; es preciso tratar de evitarlas a todo trance, y por consiguiente instituir una medicación enérgica cuanto antes posible.

La ulceración corneana por adelgazarse esta membrana se tolera mal la presión intraocular que es preciso disminuir por medio de instilaciones de eserina (0.05 por 10) o de pilo carpina (0.10 por 10); se usará la venda compresiva a fin de evitar la salida del humor vitreo y la pérdida del ojo. La nutrición de la cornea se facilita disminuyendo la presión intraocular, y la contracción del iris permite que la membrana pueda adherirse

perforacion de la cornea en el caso que se produzca; quidase asi obturado el orificio de la perforacion y aunque se forme un leucoma adherente, esto es mas favorable que la perdida completa del ojo.

Las úlceras se tratarian con suturas iodoformicas, azul de metileno el galvanus o el termo-cauterio. Segun Parent el galvanus-cauterio debe emplearse aun que las úlceras comprendan toda la cornea que aun asi producirá beneficios su mo. Contra la inminencia de la perforacion corneana esta indicada la paracentesis de la cámara anterior, que disminuyendo la presion, presta grandes servicios y pues evita la perforacion espontanea y sus peligros y coloca a la cornea en mejores condiciones de nutricion y reparacion. Ydmisch ha recomendado la transfusion de la úlcera que ha sido aceptada por muchos oculistas; a esta paracentesis hay que añadir la cauterizacion con el asa del galvanus-cauterio. En casos necesarios se practicarán iridectomias y se tratarán los leucomas y ectafilomas que se formaron, como complicaciones de la úlcera corneana.

Se protegerá el ojo sano con un rodete de algodón cubierto por gasa salada y fijado con colodion en los alrededores de la orbita a fin de evitar el contagio principalmente durante el sueño.

Jamás se utilizaron esponjas para limpiar los ojos de los niños porque cualquier descuido en los asistentes, puede como ocurrió en Goumbe servir de vehículo para la infección, debiendo siempre servirnos de algo don empapado en la solución de permanganato potásico.

Desde los últimos años, desde el descubrimiento de las nuevas sales de plata, se ha iniciado un estudio de los nuevos compuestos orgánicos de plata, para ver cual ofrece una ventaja y podría sustituir al nitrato. Conociendo de las desventajas del nitrato, de sus inconvenientes, de su dificultad de penetración, de su irritabilidad, de su combinación albuminóidea formada las disoluciones de argonina con preventivas y las del protargol como curativas de las conjuntivitis purulentas.

La albargina combinación de nitrato y gelosa, soluble en agua fría es dializable, contiene 15 por 100 de plata metálica, no la usamos. Y ha recomendado por Bornemann y Chreelitzer queda usaron en 150 casos; no da resultados cuando se asocian algunos otros microbios con frecuencia.

Darier estima a las sales de plata peligrosas por su fácil confusión con otros compuestos, y en tal caso producir accidentes irremediables, cosa que no ocurre con el protargol, collargol y argirocol que no irritan; este

es un nitrato argéntico que contiene 30 por 100 de plata; no es cáustico en estado de saturación y no lo precipita la albúmina, penetrando á profundidad. Se usa en las conjuntivitis catarrales mucosa, al 5 por 100 y en las purulentas, al 20 por 100. Como profilaxis imita mas gósti de la última solución. Ha empleado también la argentamina que es menos dolorosa que el nitrato y á lo menos tan eficaz, en soluciones al 3, 5 y 10 por 100 en toque abundantes para que se redissuelva el precipitado lechoso que se forma en la conjuntiva.

En terapéutica ocular el protargol es tan eficaz como la argemina es indoloro y se conserva bien. Valude, Despragnet y otros estiman que aquel en solución al 20 por 100 no provoca dolor y ejerce influencia en las conjuntivitis catarrales, pero lo consideran inferior al nitrato de plata en las purulentas.

Véase Portello (1) en sus conclusiones propias que las conjuntivitis purulentas deben ser tratadas con protargol en solución al 5 por 100 en toque dos veces al día y en mas debiles para irritaciones, según la intensidad del mal.

El protargol ha hecho sus pruebas y por sus propiedades difusibles locales, acción antiséptica, su inocuidad poca irritación al contacto de la conjuntiva y la cornea merece ser el medicamento de elección, preferible al nitrato de plata y á las demás sales orgánicas argénticas.

(1) XIV Congreso internacional de Medicina - Madrid - 1903.

De los estudios de Darier, Valude, Depaquet, Portello, Cichero ~~grün~~
y otros se deduce que las soluciones de protargol son ventajosas al nitrato
confirmando nuestra resolución y decisión d'preferir su uso en el tra-
tamiento de las conjuntivitis purulentas, antes de la publicación de casos
en que se hiciera mención de su utilidad y sin atribuirnos mérito alguno,
estamos satisfechos de haberlo utilizado desde hace tres años en esa enfermedad,
y haber obtenido felices resultados en las observaciones en que lo empleamos.

El nitrato de plata que goza de igual poder antiséptico que el
bicoloro de mercurio, tiene los inconvenientes de la causticidad de la
acción coagulante de la albúmina, de su fácil reducción y de la gran
afinidad de los cloruros con quienes se combina.

El protargol verdadera combinación de plata (8.3 por 100) con sus
sancias proteicas es muy soluble en agua, se conservan bien en frascos de co-
lor, no precipita la albúmina de los tejidos, posee gran fijera y no es descom-
puesto por los ácidos alcalinos ni por los cloruros. Sus soluciones al 5 ó
10 por 100 no son irritantes según las investigaciones experimentales en
la mucosa conjuntival del conejo y es menos irritante que la argentamí-
na; merced á no precipitar en contacto de los tejidos ejerce acción á pro-

fundidad, es tan eficaz como la argentamina indoloro cualidad de que carece esta. La causa de la ineficacia del protargol en ciertos casos depende de emplear calientes sus disoluciones y de hacerlas a esas temperaturas, debiendo siempre prepararse y emplearse a la temperatura ordinaria. Esto tiene mucha importancia porque cuando se prepara en caliente o se tienen sus disoluciones, se descompone el protargol y si esto no ocurre con las disoluciones debiles en la de cierta concentración cambia su color probablemente a causa de la oxidación de las combinaciones albruninoides. No conviene preparar disoluciones concentradas para hacer con ellas las diluidas, porque de esta manera aquellas se han de guardar mucho tiempo y esto no es conveniente; debe advertirse en la prescripción que la disolución se haga en frío.

En diez casos de conjuntivitis purulenta que hemos tratado en niños recién nacidos, con predominio en la mayoría del gonococo, utilizamos para irritaciones soluciones al 2 o 3 por 100 y para pruridaciones soluciones al 5; hacemos tres o cuatro irritaciones en 24 horas según la intensidad del caso y con un uno hemos conseguido nueve curaciones. En cinco niños de la segunda infancia, empleamos colirios al 4 por 100; en todos se ha conservado la vision y se corrigieron las complicaciones corneales; solo

en un niño de 6 años, no fué suficientemente eficaz, si bien se trataba de un sujeto escrofuloso y el pus blanorragico de donde procedia la rinoculacion tenia mucha virulencia.

Los colirios artringentes, de sulfato de zinc, de cobre, biborato sódico a la dosis de 0.05 por 15 de agua convendrá usar á veces al final de la afección.

El tratamiento de las conjuntivitis purulentas de las demás edades de la infancia, no difiere del expuesto para los recién nacidos,

De hubiera sido tarea muy larga relatar los diversos tratamientos puestos en uso hasta hoy en esta enfermedad, nos hemos ceñido á dar un estorbo de aquellos que la experiencia indica á ser mejores y mas rápidos resultados. Los medios empleados han coincidido con las ideas etiológicas reinantes en cada época.



Conjuntivitis pseudo-membranosa.

Conjuntivitis pseudo-membranosa difteroides. El tratamiento de esta afección es profiláctico y curativo.

Debe aislarse rigurosamente al niño y aunque la producida por el estreptococo parezca menos contagiosa, hay quien la estima tanto como la difterica y como con mucha frecuencia ese microbio pocas veces se haya aislado y si asociado al bacilo difterico de Löffler, obliga que estas medidas de aislamiento en todos los casos deben ser extremas porque no siempre dispone el practico de medios para averiguar si trata frente a un microbio único de tal o cual especie o de varios y en la duda es conveniente y necesario que dicho aislamiento sea completo.

Mientras progresan los estudios de la seroterapia que vislumbra un suero para cada especie microbiana exponer en ejecución el tratamiento local, introduciendo dos veces al día en la cavidad de la conjuntiva un poco de pomada iodoformica al 2 por 100; si la secreción purulenta fuere muy abundante, convendría modificarla con el acido de

vaselina mezclada con bexinol en iguales proporciones; tambien como vienen las instilaciones de violeta de metilo e irrigaciones bicotidianas tibias de soluciones de permanganato potasico al 1 por 5000 sobre los fondos de saco.

Unos prefieren como solucion antiséptica la solucion de acido fenico al 3 por 1000 y si la afeccion es ligera los lavados repetidos con soluciones de acido borico. Deben prohibirse el empleo de las disoluciones de sublimado y a nuestro juicio las de acido fenico sea cual fuere su proporcion. Valude recomienda las irrigaciones templadas de la solucion de acido borico al 4 por 100, practicadas con un lavador el embudo de Kalt por ejemplo.

Deben desecharse las aplicaciones de nitrato que sin producir beneficio alguno sólo se consigue con su uso ocultar los sintomas de la enfermedad. Por otro preferimos las soluciones de borinol al 1 por 100 para las irrigaciones y la instilacion bicotidiana de la solucion de protomol al 4 por 100.

Se favorecerá el desprendimiento de las falsas membranas espontaneamente por medio de vaporizaciones ó lociones antisépticas calientes; si no se consiguiera se irán desprendiendo a medida que

se formen con un pincel que se dejará en los intervalos de su uso sumergido en una solución antiséptica o se utilizará uno en cada cura estérilizado.

Se cuidará el estado general con tónicos, buena alimentación y se harán lavados faríngeos y nasales con la solución de boratos.

Conjuntivitis pseudo-membranosa difterica. El tratamiento de esta forma como el de la anterior es profiláctico y curativo.

Existe muchos partidarios bajo el punto de vista profiláctico el empleo de la seroterapia en los individuos que por rodear al niño pueden fácilmente adquirir la enfermedad. En la actualidad no se puede formar juicio acerca de esta profilaxia seroterápica, acaso por las negativas de someterse a ella por temores a peligro infundados, lo que impide la reunión de observaciones que confirmen la eficacia de su valor real y sin estas pruebas no debe formarse juicio aunque tenga verdadero valor las inyecciones seroterápicas en la enfermedad específica. Debiere en ocasiones apropiadas hacer ver la importancia de dicha profilaxia, sus ventajas y con ellas se evitaría en cierto grado o se atenuarían los efectos de tanfermenta conjuntivitis que tantas desastros a veces ocasiona en los ojos de los tiernos niños. Deben someterse al fuego o desinfectarse todos los objetos y medios de cura.

Desinfectamos cuidadosamente con una pera de goma y solución
ves antisépticas, boricadas las fosas nasales para evitar la propagación
en V precedentemente descrita.

Se practicará lo antes posible el examen bacteriológico por
su aplicación una vez demostrada la existencia del bacilo de Löffler,
inyectar el suero, al que debemos excellentes resultados, en la cantidad
proporcionada según la edad del niño e intensidad del mal, practi-
cando dos, tres o cuatro inyecciones, con veinticuatro horas de interva-
lo entre cada una, del mismo modo que se hace en la difteria larín-
gea o faríngea. Bajo su influencia, vemos liquidarse el exudado in-
tersticial, ablandarse la conjuntiva y pasar rápidamente el período
de infiltración que es substituido por el de supuración; éste será mas
corto que si la afección evolucionara normalmente.

Aunque se emplee la seroterapia no se dejará de hacer
uno del tratamiento local. Por Goppes y Fruct (1) se han reunido los
casos tratados por la seroterapia y los resultados obtenidos.

Durante el principio debemos abstenernos del empleo de los cau-
térios, Meyer recomienda la glicerina salicilada al uno por ciento

(1) Arch. d'opt. 1895.

Contra utilizamos la glicerina fenicada (2 por 30) por ser más antiéptica, dándonos buenos resultados. Los glicerolados (Foucher) el jugo de limón (Fierat, Loagrangé) en toques que ~~deben~~ ser recom-
plazados por los anteriores.

En cuanto se establezca la suppuración debemos tratarla como en la conjuntivitis purulenta, grandes irrigaciones de permanganato y soluciones de protargol en instilaciones ó en toques moderados, para no aumentar la profundidad de las cicatrices que resultan de la desaparición de la infiltración serosa.

Se puede remediar la sequedad del ojo al llegar el período de cicatrización por medio de la glicerina o una solución de carbonato sódico (1 por 30 de agua).

Los accidentes debidos a la lesión de la cornea reclaman sin gran solícitud, a fin de evitar la perforación aconseja la protección de la cámara anterior. Las lesiones corneales se tratarían como en las demás conjuntivitis que se presentan.

En un caso de conjuntivitis difterica curado por el suero y de mas medios que usamos, de nuestra clientela particular (n.º de 18

meses 1903), fué atacada de conjuntivitis al principio apareciendo las falsas membranas a las 24 horas del mal, sin tener otra localización que en la conjuntiva, apareciendo enorme tumefacción palpebral y cornes inyectadas. Se inyectaron 10 c.c. de suero antidiftérico Solovitch, lavados, borcados locales y la promada fenicada ya referida; al siguiente día nueva inyección de igual cantidad de suero. Desde el día siguiente a esta inyección desapareció el edema y se fundieron las falsas membranas sin supuración: curación de la enfermedad sin reliquias ulteriores.

Hay quien recomienda se inyecte el suero al traer el diagnóstico clínico sin esperar el resultado del laboratorio; estiman a éste de poco valor, porque existiendo normalmente en el ojo el bacilo de *Kus chbert* y pareciéndose al difterico, la confusión es fácil y por que es menester proceder rápidamente porque a las 24 horas las cornes puede estar perdidas y que no debe inspirar temores la inyección que no tiene ni inconvenientes.

Entendemos que siempre que se pueda debe hacerse el examen bacteriológico antes de aplicar el suero.

Chesnan (1) estima que en esta afección sólo es eficaz la

(1) Congr. de Gin. Obst. y Pediatría - Nantes 1901.

inyección de suero y que ocurre lo mismo en las formas mixtas, en las que la conjuntivitis es superficial, pero que existen síntomas de intoxicación que hacen temer complicaciones extraoculares; en las formas benigna, superficial, sin alteraciones de estado general ha obtenido resultados notable por instilar con frecuencia el suero Roux entre los párpados, alternando con el petróleo sin refinar (aceite Galiani) y que conviene dos veces al día volver los párpados y friccionar la conjuntiva de cubo con un taponcito mojado en suero.

El tratamiento local debe acompañarse del tratamiento general adecuado; en los niños robustos, dieta severa y purgantes á base de calomelanos; en los débiles tónicos y proclives alcoholizada.

La seroterapia aplicada en la conjuntivitis pseudo-membranosa difterica ha probado los éxitos que pueden conseguirse en la modificación del terreno.

Conclusiones.

1^a Existen dos formas generales de conjuntivitis secretoras de la infancia, una catarral y otra pseudo-membranosa.

2^a La conjuntivitis catarral mucosa se origina por el desarrollo de los saprofitos de la conjuntiva, bajo la influencia de condiciones apropiadas ectógenas o endógenas, locales o generales. Contribuyen a su desarrollo algunas afecciones oculares.

3^a Es muy contagiosa la conjuntivitis catarral purulenta y se origina por la inoculación de virus que contiene agentes microbianos diversos, entre los que mas abunda el gonococo de creisser.

4^a La conjuntivitis pseudo-membranosa difteroides se manifiesta bajo la influencia de exaltación virulenta del estreptococo, estafilococo, pneumoco, asociados al bacilo de Köfler que ejerce papel secundario, con ocasión de la disminución de las defensas orgánicas, de infecciones generales, inoculaciones

accidentales y como complicacion de afecciones oculares.

5^a Desempeña el papel principal en la produccion de la conjuntivitis de falsas membranas diftericas, el bacilo de Löffler asociado a otros microbios y se adquiere por inoculacion directa o indirecta o por las propagaciones de manifestaciones diftericas de mucosas vecinas.

6^a Las conjuntivitis secretoras de los niños tienen una sintomatologia bien definida, que permite describirlas separadamente.

7^a Tienen una significacion distinta las conjuntivitis difteroides y diftericas en la infancia, que es útil e importante establecer.

8^a Pueden ser origen de complicaciones graves las conjuntivitis secretoras locales y generales, proximas o remotas.

9^a En el diagnóstico clinico de las conjuntivitis debe hacerse prolijo examen de las partes afectadas, regiones vecinas, medios de vida, local habitado, estado general y debe

completarse con el examen bacteriológico.

10^a En las conjuntivitis purulentas, difteroides y diftérica es menester formular un pronóstico grave por las complicaciones locales y generales que pueden determinar, que mas veces son muy graves aquellas y leves estas y otras al contrario segun la forma.

11^a Las conjuntivitis secretoras en todas sus formas deben combatirse con medios profilácticos, extenderse su conocimiento, divulgando su caracter contagioso para que se tomen las debidas precauciones en las familias o en los sitios donde se reúnen niños.

12^a La conjuntivitis catarral ordinaria debe tratarse debidamente cuando como medio abortivo en su comienzo los toques de solución de protargol y como curativo el sulfato aluminico potasico y las arrigaciones o lavados antisépticos de los fondos de saco.

13^a Es de sumo interes en la profilaxia de las conjuntivitis purulentas desinfectar los órganos genitales de la madre en los últimos dias de la gestacion y en el momento del parto.

14^a Convendría generalizar el empleo de los remedios pro-
filácticos en todos los recién nacidos en el momento de nacer, es venta-
joso dirigir las soluciones de nitrato de plata en irritaciones,
irritables, productoras de conjuntivitis, combinables con los albumi-
noides y utilizarlos lavados con disoluciones de sublimado e irri-
gaciones de soluciones de argonina.

15^a Importa establecer tan pronto como sea posible su tra-
tamiento para evitar las complicaciones de la cornea proximas ó
remotas, usando irrigaciones de soluciones de permanganato
de potasa ó de cal y disoluciones preparadas y usadas en frío
de protargol; las cauterizaciones con soluciones de nitrato de
plata y con el lápiz mitigado deben dirigirse. Las ulce-
raciones de la cornea se tratarán con pomadas ó colí-
rios, galvano- ó termo-cauterio y paracentesis

16^a Cuantas observaciones demuestran los excelentes
efectos de las disoluciones de protargol, ya en irritacio-
nes ya en pincelaciones sobre la mucosa

17^a En las conjuntivitis differoides, deben usarse la pomada iodosfornica, las irrigaciones con diluciones de borax, las instilaciones de protargol, se favorecerá el dispendimiento de las falsas membranas y se atenderá al estado general.

18^a La conjuntivitis difterica debe tratarse con inyecciones de suero antidifterico, pomadas y soluciones antisépticas aplicadas con mas frecuencia cuando la supuración adquiere ciertas proporciones por su cantidad.

Madrid 30 de noviembre de 1904.

J. H. de Fouros Sánchez y Sánchez

Admirable
H. P. P. P.

Admirable
J. Gomerdeau



Verifiqué el ejercicio el día 10 de Diciembre de 1904 y fué aprobado.

H. Combarros

J. Gomerdeau

caja del Hospital General