

D. Chacon

Ca 2465

81-4-A-N. 1

N. 1217

^{g.}
Hús de docto dorado.

"Tratamiento quirúrgico de la conjuntivitis granulosa"



Juan Lopez Aguirre



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313228000

b 18154347
i 2481829X



Exmo. Señor:

Mi escasa práctica y mis conocimientos muy limitados en las ciencias que la Medicina abarca hacen que, aparte de otros defectos, carezca este trabajo de la originalidad que no puede darle quien, sin estudios propios, se ha visto precisado a tomar en campo ageno los materiales necesarios para llevarlo a término.

No pudiendo ofrecer en nuestra tesis nada que no sea repetición de lo dicho por eminentes maestros, necesitamos y suplicamos la benevolencia de los que han de juzgarla.

Escojemos como tema "El tratamiento quirúrgico de la corpuntivitis

"graculosa" y para su desarrollo comenza-
mos por la Historia de los tratamientos
que, desde antiguedad muy remota, se han
sucedido; describimos, despues, los trata-
mientos quirúrgicos mas en boga en la ac-
tuosidad, y damos por terminada nues-
tra tarea con ligeras consideraciones acerca
de los mismos y de la utilidad que de
ellos puede deducirse.

Historia.

Sattler, de Leipzig, y Panas, de París, en estudios profundamente eruditos sobre la historia del tratamiento quirúrgico del tracoma, demuestran que los métodos operativos modernos no son más que los antiguos, si bien perfeccionados por la noción de la antisepsia y por el instrumental de que hoy se dispone.

Seyendo así aquellos autores seguros que en las épocas Hipocrática y pre-alejandrina conocían ya las granulaciones. Hipócrates, observando su tenacidad y persistencia, practicaba el masaje o blefaromisis con un trozo de madera

24

voleado de lana hasta poner al descubierto el cartílago tanto, caracterizaba entonces la superficie cruenta con hierro al rojo y aplicaba, por último, un unguento de cobre.

Celso, representante de las doctrinas de la Escuela de Alejandría distinguió dos formas de granulaciones o espíritu: unas primitivas y subagudas que, bajo la influencia de causas variadas y en ocasiones inapreciables, se inflamaban hasta supurar en abundancia; y otras secundarias o consecutivas a inflamaciones preexistentes en los principios. Las formas ligeras y con secreción escasa, a las que llamaba espíritu arida, tratabalas con los astringentes; las formas agudas, en un principio con tópicos calmantes, como cataplasmas y preparaciones opíñceas, recurrien-

5

do luego al plomo, al zinc y al cobre, en forma de colirios y añadiendo en ocasiones el albar y la mirra. En el periodo tracomatoso el unico tratamiento, por todo seguido, consistia en el raspado que practicaba con la parte dura de una hoja de higuera, con una lima ó valiéndose del escalpelo.

Es en la época Galénica, fecunda en perfeccionamientos de todo género, cuando Pablo de Egipto fundándose en La evolución de las granulaciones las subdividía en esclerofthalmia ó tarritis, en tracoma y en sicosis, correspondiendo esta última forma al periodo cicatricial.

En cuanto al tratamiento era partidario entusiasta del raspado que hacía con un instrumento de su invención, al que llamó blefarovistron.

Severo rechazó estos procedimientos que entendía agravaban la enfermedad y preconizó el masaje que practicaba con el dedo untado de una pomada de cobre, lavando después los párpados con agua, para desprender la pequeña escara que así se formaba y para atenuar el exceso de pomada.

Los Arabes Isaac Judaeus y Razis, apor-
taron al tratamiento del tracoma el
empleo de la cucharilla cortante ; que es-
ta es su única innovación

Algunos siglos después, Woolhouse ig-
norando sin duda lo hecho con anteri-
oridad si él, reinventó el friccionamien-
to que hacía con un cepillo de espigas
de centeno, cereal frágil y de fácil im-
plantación en la conjuntiva, por lo cual
lo desechará Mouchart.

7

Woolhouse tuvo un entusiasta admirador en Dudwells, pero a pesar de este y de Platner, partidario decidido de las escarificaciones con el bisturí, es lo cierto que Richer, utilizando los tópicos y propagando las ventajas que con ellos obtendría, hizo que cesara la intervención quirúrgica en el tratamiento de las granulaciones, y hace que llegar al año 1824 para encontrar el concepto científico en que se fundan los tratamientos operatorios.

Es entonces cuando el Fuller consigna que mientras haya en la conjuntiva una granulación, por pequeña que sea, la recidiva es probable y el contagio posible.

Jan Gil, en 1849, fue el primero en hacer notar que las granulaciones ocultas en el fondo de saco conjuntival superior, pueden no solamente escapar a la acción te-

rasentica, sino que tambien a la mirada del observador y dar la explicación de las recidivas frecuentes, cuya causa era antel desconocida.

Establecida así la especificidad del tracoma surgió, como consecuencia lógica, la idea de obtener una curación rápida y radical destruyendo y quitando todo el tejido morboso.

Fue Piltz, de Praga, quien, en 1834, llevó esta idea al terreno de la práctica. Incindió las granulaciones con una aguja de carbonas para expulsar su contenido y si existía una infiltración gelatinosa difusa practicaba escarificaciones en todo el tejido infiltrado y exprimía el contenido por compresión.

Algunos años cuando los resultados obtenidos por Piltz fueron muy manifiestos, encontró

pocos partidarios e imitadores porque el mundo médico estaba dominado por las ideas de Grafe y el sulfato de cobre reinaba en absoluto en el tratamiento de la conjuntivitis granulosa.

En 1859 Borelli recomienda una especie de cepillo; Aragnostakis y Fadda un raspador metálico y recientemente Von Schröder y otros encuentran grande utilidad en la práctica del friccionamiento.

El galvanocauterio y el termocauterio han tenido también sus defensores, lo mismo que la electrolisis (Lindsay-Johnson); como también los han tenido las inoculaciones de pus hemorrágico y el fequirity; pero los procedimientos modernos a los que en la actualidad se recurre son operatorios, derivados de los antiguos, y que varían desde las simples escarificaciones hasta

la operación que en seis tiempos practican los Drs. Abadie y Dariel de París.

De ellos nos ocuparemos en la segunda parte de nuestro trabajo, resumiéndolos succinctamente y comprendiéndolos, por su importancia en el estudio del de Abadie y Dariel.

Procedimientos quirúrgicos ó mecánicos
que actualmente se emplean en el trata-
miento de la conjuntivitis granulosa.

Escarificaciones.

Wicherkiwickz, de Oosten, sometió á la con-
 sideración de la Sociedad Francesa de
 Oftalmología, en 3 de Mayo de 1892, un pro-
 cedimiento metódico, operatorio y medica-
 mentoso á la vez, consistente en escarifica-
 ciones repetidas y en el empleo al mismo
 tiempo de sustancias antisépticas.

Antes de proceder á la operación tra-
 ta de suprimir ó atenuar, si la hay, u-
 na secreción muy abundante con una so-
 lución de nitrato de plata al 1 ó 2%, ó
 bien con la insuflación, una ó dos veces

al dia, de un compuesto de ácido bórico y ácido tánico.

Después de algunos días de este tratamiento entra en la operación, cuyos tiempos principales son:

- 1º, cocainización con una fuerte solución al 10%.
- 2º, inversión de los párpados y, una vez bien al descubierto la superficie conjuntival, lavado de toda ella con una bola de algodón impregnada en bicloruro de Mercurio al 1/300.
- 3º: después de secar bien la superficie granulosa para poderse dar mejor cuenta de la distribución de las granulaciones, practicarse, en toda aquella, escrificacíones cortas y rápidamente repetidas, en un principio en el párpado inferior, luego en el superior para que la sangre no impida ver el campo operatorio, irrigando constan-

temente con una solución antiséptica.

4º Cohíbe la hemorragia aplica una pomada de sublimado al 1 por 3.000.

La cocaína basta para hacer indolora la operación.

Como escarificador emplea uno constituido por varias láminas paralelas y cordeadas que se destornillan sin dificultad, lo que facilita una buena desinfección.

Las curas consecutivas consisten en lavados con sublimado (1/1000) y aplicación de pomada de iodio.

Las escarificaciones así practicadas combaten eficazmente y con rapidez el exceso de inflamación que acompaña al depósito de tejidos morbosos en la mucosa; de esta manera los microbios en ella ocultos son atacados con seguridad. No obstante, para tenerla mayor, en los caños graves y aunque

sobrevenga una rápida mejoría, será conveniente repetir las escarificaciones varias veces, de diez a diez, o de doce en doce días.

Friccionamiento.

Mariolescu, de Bucarest, en una memoria de 7 de Mayo de 1890, concede una importancia casi exclusiva al tratamiento de las granulaciones por el friccionamiento, que practica valiéndose de un cepillo, desinfectando antes de comenzar la operación y que frecuentemente moja en una solución de sublimado al 1/500. Procede entonces a un lavado minucioso de la conjuntiva con una solución de ácido bórico.

Con este procedimiento que hemos visto seguir en el Hospital de la Princesa y en el Clínico de Santiago de

Galicia, obteniendo resultados satisfactorios en los casos en que las granulaciones no se hallan ocultas en los ángulos del ojo y en el fondo de saco superior, donde es de todo punto imposible hacer penetrar el cepillo, como no incinda el ángulo externo para obtener la inversión completa de los párpados y poner al descubierto toda la superficie conjuntival.

Wecker, que ha ensayado este procedimiento a instancias de Manolescu, dice que le ha dado resultados excelentes en los casos en que lo practicó y niega que dé lugar a retracciones cicatriciales ociosas, como afirmó Darier.



Clanificación y fricciónamiento.

Este método debido a Sattler ha sido pre-

conizado por Panas que aconsejó se procediera para el tratamiento de la conjuntivitis granulosa, de la siguiente manera:

Inversión completa del párpado superior valiéndose de pinzas rectas para poner completamente al descubierto el fondo de saco conjuntival correspondiente.

Extensas escarificaciones de la mucosa con un bisturí pequeño y bien cortante.

Friccionamiento de la superficie conjuntival con un cepillo fuerte y con anterioridad introducido en una solución de sulfamado al 1/500. El friccionamiento debe repetirse un cierto número de veces, practicando lavados copiosos de la conjuntiva con la misma solución.

El éxito es constante por este tratamiento según sus preconizadores.

En Argelia, donde son frecuentes es el

tracoma, el Dr Viger ha empleado este tratamiento y ha obtenido curaciones completas al cabo de quince ó veinte días.

Petrescu ha publicado un trabajo en el cual constigna que las escarificaciones y el friccionamiento son el método preferible. En quinientos enfermos solo diez resistieron a este tratamiento.

Excisión del fondo de saco conjuntival.

Es en nuestros días Galezowski quien más granulosos ha operado por este procedimiento que, con anterioridad a él, empleó Richet en su Clínica de París.

El fundamento de esta operación consiste en la localización preferente del tracoma en los fondos de saco conjuntivales, por lo cual son ellos un foco de infec-

ción para el resto del ojo.

Oscindiendo el fondo de saco, se preferencia el superior, y a veces el superior y el inferior, entiende Galerontski que no solo se detiene el desarrollo de la enfermedad, si no que tambien se logra su completa curación, sin que sobrevenga ninguna reacción inflamatoria. Asegura mejor el éxito practicando, despues de algunos días, la cauterización, con el nitrato de plata, de las conjuntivas tarsianas.

Por centenares dice aquél autor que cuenta los buenos resultados que ha alcanzado, así en aquellos enfermos que llevaban diez y quince años de padecimiento y tambien en aquellos que lo tenían á consecuencia de conjuntivitis blenorájicas.

Giff, Brachet, Parisot y Ziemiński han publicado observaciones sobre este mé-

todo de tratamiento, que encontró una fuerte oposición en gran número de oftalmólogos, y, a juzgar por ellas, los resultados obtenidos son excelentes.

Desfragnet, discípulo de Galesovski, excinde como este el fondo de saco conjuntival, asiendo de granulaciones voluminosas y numerosas, pero en vez de emplear en un principio el nitrato de plata para cauterizar las tardianas, usa antes el galvanocauterio, dejando el nitrato de plata para cuando ha cesado todo fenómeno inflamatorio, y si durante la cicatrización de la pequeña herida del fondo de saco se presentan mamelones carnosos los excinde, y cauteriza con el ~~termo~~ cauterio ó con el galvanocauterio la superficie fomentosa, no presentando esto ningún inconveniente á condición de que el cartílago tanto sea respetado.

Procedimiento de Sattler.

Sattler ha practicando la excisión del fondo de saco y aún de una parte del cartílago faringo. No ha observado nunca las deformaciones palpebrales que los adversarios de este método le imputan y lo considera como un importante progreso en la terapéutica del tracoma.

Por la excisión la curación es rápida y radical, pero Sattler creé que puede llegarse al mismo fin por medios más sencillos.

El procedimiento que este autor últimamente recomienda consiste en escarificaciones de la envoltura de las granulaciones hechas con una aguja de cataratas, y en la expulsión de su contenido con una echarilla fina y cortante. La cosa es fácil en la conjun-

tiva tarsiana; es por el contrario muy difícil en el fondo de saco, y se hace necesario el empleo de una pinza especial para invertir completamente el párpado.

En los casos ligeros, que sobrevienen en pacientes poco sensibles, la anestesia local por la cocaína es suficiente; de otro modo la cloroformización es preferible porque hay que proceder con lentitud, de manera que no quede en ninguna parte alguna granulación intacta, considerando como una de las más importantes ventajas de este procedimiento el destruir en una sola sesión todo lo que debe ser destruido.

El párpado inferior se trata primero, luego el superior es arrollado dos veces sobre si mismo, por medio de una pinza de doble fijación, de modo que se descubra el fondo de saco para que se le pueda

raspar con toda facilidad.

En casos antiguos, en los que puede haberse una infiltración gelatinosa difusa, las escori-
ficaciones deben hacerse más profundamente,
y no debe temerse a quitar con la cucharilla
todo el tejido gelatinoso. Después de esto es
necesario un lavado abundante con sublimina-
do al 1/1000 y compresas frías.

Transcurridos tres o cuatro días la super-
ficie cruenta se recubre de epitelio, y en el
sitio que ocupaban las granulaciones véise pe-
queñas cicatrices blanquecinas. Y en tanto
que las granulaciones prominentes antes de la
operación apenas dejaban ver algún resto de
conjuntiva sana se vé después de destruidas
que esos restos de conjuntiva son susceptibles
de reconstituirse.

En los casos de tracoma succulento consi-
dera conveniente Sattler antes de operar a-

Atenuar el proceso inflamatorio con cangerizaciones alternas de nitrato de plata y sublimado.

Después de la operación se hará bien en continuar durante algunas semanas con toques de sublimado, en un principio; más tarde con el sulfato de cobre, para terminar con el tanino.

Por este tratamiento se obtiene en general en algunos días una curación que con los procedimientos anteriores requeriría meses, y según su autor, jamás se presentan las deformaciones cicatriciales, y las recidivas son muy raras, sobre todo si se vigila a los enfermos y se tiene cuidado de destruir las granulaciones que hayan podido sustraerse a la acción de la curarilla.

Este método lo aplica Sattler, lo mismo en los casos ligeros que en los graves, considerando

como única contraindicación una gran hiperhemia.

Procedimiento completo de Abadie y Dasier.

"Jamás, ha dicho Dasier a la Sociedad Francesa de Oftalmología, ningún tratamiento nos ha dado resultados tan satisfactorios en un tiempo tan corto. Hemos obtenido en ocho ó quince días lo que con otros tratamientos no obtendríamos en dos ó tres meses y algunas veces en años, es decir la formación de un tejido cicatricial blando, flexible, liso y sin deformación palpebral alguna".

La operación de Abadie y Dasier consta de seis tiempos:

1º; anestesia por el cloroformo;

2º; dilatación de la abertura palpebral,

3º; inversión completa de los párpados,

4º escarificación de la conjuntiva,

5º rayado con la cucharilla, y

6º fricciónamiento y lavado con una solución de sublimado.

5º Anestesia por el cloroformo. La cloroformización tiene aquí las indicaciones y contraindicaciones generales. Se le asociará únicamente la cocaineización del ojo. Obrando así siempre que sea posible el operador estará en las mejores condiciones para tratar detenidamente al enfermo y evitar las precipitaciones a que podrían dar lugar los sufrimientos de este.

2º Dilatación de la abertura palpebral. En el caso de que el párpado no pueda invertirse se practicará, con una tijera, un corte en el ángulo externo. Este desbridamiento es rara vez practicado y más raros son aún los casos en que es necesario unir la conjuntiva a la piel, por medio de tres hilos, para mantener la

hendidura abierta. Es esta una indicación especial para cuando la estrechez de la hendidura es muy acentuada y se acompaña de entropion.

Este tiempo de la operación puede considerarse como excepcional; sin embargo no conseguimos invisibles algunos detalles que se refieren a la aplicación de un separador, que deberá usarse en los casos en que las granulaciones hayan invadido la carúncula, la conjuntiva bulbar y el limbo esclero corneano y en aquellos en que haya fomas. El separador permitirá poner al descubierto toda la conjuntiva bulbar y, tirando del globo del ojo con una pinza, se le podrá poner tenso, de manera que fácilmente se pueda incindir y raspar en todos los recodos en que asiente la menor granulación.

Si la carúncula está muy infiltrada, será más sencillo incindirla con las tijeras; si epis-

de un planus corneano muy acentuado se le raspara cuidadosamente, partiendo del centro a la periferia y procurando no interesar el tejido sano. Se terminará este tiempo con un lavado minucioso.

3º Inversión completa de los párpados. Es este el tiempo principal de la operación, al cual están subordinados los restantes.

Bueno es siempre empezar por el párpado inferior para evitar la molestia que ocasionaría la sangre procedente del párpado superior. Si por este se comenzara.

Varias pinzas se han ideado para la inversión de los párpados; una de las usuales de forcipación llena bien este objeto.

Después de haber cogido el párpado, a dos milímetros proximamente de su borde libre, entre las ramas de la pinza aplicadas paralelamente a este borde, se le imprime un

movimiento de rotación sobre su eje de modo que se descubra el fondo de saco tan completamente como sea posible. Es en el párpado superior, particularmente, en el que conviene ejecutar esta maniobra porque es en él donde, con más frecuencia, se encuentra el foco infeccioso. La inversión de este párpado es más difícil y se necesita cierta costumbre para llegar a descubrir completamente toda la superficie conjuntival.

La característica de este procedimiento está en abordar ese terreno subconjuntival que antes permanecía inaccesible a las escarificaciones y cauterizaciones ordinarias. Un detalle que tiene importancia, sobre todo cuando la operación se prolonga es cambiar de tiempo en tiempo, la pinza de sitio; pues, además de que esta puede ocultar alguna granulación, su aplicación produce a veces contusión y e-

stema en los sepidos, que hay que evitar en lo posible.

4º Escarificaciones de la conjuntiva. Antes de comenzar este tiempo de la operación deben examinarse cuidadosamente todos los recodos de la superficie conjuntival para hacerse cargo exacto de la distribución de las granulaciones. Así precisará el operador de atempero el sitio que estas ocupan, pues una vez comenzada la operación, la hemorragia, con frecuencia abundante, podría hacer que algunas fisiáran desapercibidas.

Las escarificaciones se practican comenzando por los puntos más próximos, por medio de un bisturi usual ó mejor aún con uno de tres láminas, que se desliza sobre toda la superficie granulosa, teniendo cuidado de hacer las incisiones bien paralelas al borde del párpado y siempre en el mismo sentido

La profundidad de las incisiones deberá ser proporcional á la profundidad de la infiltración granulosa, con el objeto de que salga al exterior todo el contenido de las granulaciones.

5º Raspado con la cucharilla cortante. El raspado no constituye aquí el tiempo principal como en la operación de Chittler. Se le reservará para los casos en que haya un tejido muy duro, escleroso, sobre el cual las fricciones no tendrían acción.

6º Frictionamiento y lavado con una solución antiséptica. Después de la intervención completa de los párpados es este el tiempo más importante de la operación. Se practica con un cepillo de cerdas cortas y duras que con frecuencia se moja en una solución de sublimado al 1/500, teniendo cuidado de lavarlo y desinfectarlo antes

Las escruficaciones y el friccionamiento deben hacerse paralelamente al borde palpebral, con lo cual se evitara, en gran parte, que resulten retracciones cicatrales viciosas. No hay que temer a frotar vigorosamente la mucosa si se quiere deshacer el tejido infiltrado.

La hemorragia a que da lugar esta operación es con frecuencia abundante, y Danier la considera beneficiosa por lo cual aconseja no precipitarse en cohibirla.

El tratamiento consecutivo a la operación es, por lo menos, tan importante como esta y en el estriba generalmente la consecución del éxito.

Durante la primera semana los párpados deberán invertirse y lavarse todos los días con una solución de bichloroal 1/100; durante la segunda y tercera se-

mama cada dos días, según los casos.

Cuando la superficie conjuntival adquiriera un aspecto casi normal podrían hacerse ligeros roques con el glicerolado de plomo.

En los casos en que se presenten algunas eminencias sospechosas se las cauteriza rápidamente con el sulfato de cobre, y si se produce alguna secreción, más o menos abundante, recurriremos al nitrato de plata.

Y tal es el procedimiento que practican Abadie y Danier, y en cuyo apoyo han adducido buen número de observaciones.

Procedimientos diferentes.

Debemos citar el masaje directo de las granulaciones, su destrucción por medio de una pinza especial y su fricción amien-

lo con una compresa seca ó con una bola de algodón hidrofílico.

Entre los procedimientos mecánicos consignaremos el de Panas, que ejerce frotaciones sobre las granulaciones con una compresa con precipitado blanco de mercurio; el de Makienki, que practica el masaje de la mucosa con unguento mercurial y el de Costomirski, de Atenas, con el ácido bórico.

El frotamiento como lo practica Hippel consiste en frotar la mucosa con un algodón mojado en una solución de bicloruro al uno por cien mil, muy suavemente, si el caso es reciente, y con más violencia si antiguo.

La reacción es intensa, el dolor vivo y al siguiente día la conjuntiva se haya recubierta de una membrana grisacea. La curación no es muy rápida, pero está

exenta de refracciones visivas.

Puede concentrarse ó atenuarse más la solución antiséptica, según la tolerancia del sujeto y la reacción consecutiva.

Al algodón hidrófilo, como agente de fricción prefieren otros una simple compresa ó un trozo de tela gruesa arrollado alrededor del dedo índice. Esto importa poco y el resultado es el mismo.

La compresión por medio del forceps de Knapp es un procedimiento muy sencillo aunque muy doloroso.

Es ese forceps una pinza ordinaria terminada en los extremos de sus ramas por dos pequeños cilindros perpendiculares á aquellas, y cuyos ejes son paralelos. Tiene su aplicación particular para el piejunto superior.

Cuando éste está invertido se coje entre

los extremos del forceps, que se desliza lentamente desde el fondo de saco hasta el borde palpebral. Poyadas así las granulaciones entre los dos cilindros, son aplastadas dando lugar a una masa grisacea y gelatinosa. Se repite varias veces esta maniobra, hasta que se logra exprimirlo todo el contenido de aquellas

Consideraciones generales.

A todos los tratamientos se ha recurrido para combatir la conjuntivitis granulosa; con todos se han obtenido buenos resultados, pero se ha cometido el error de pretender imponer uno determinado sobre los demás, generalizando su empleo en las formas más variadas, así sucedió con las inoculaciones de pus blenorragico, que, en casos desesperados, han sido de util aplicación, y con el tratamiento por el fequinity; sin tener en cuenta que no hay un medicamento específico para combatir afección tan diversa en sus manifestaciones.

Demostrado, como lo estoy, por los trabajos de Hirschberg, Sattler, Koch, Petrescu y

otros que las granulaciones constituyen una enfermedad de origen microbiano. natural es que se considere como tratamiento más racional aquél que se dirija a combatir más energicamente y el menor tiempo posible al agente patógeno, aunque hasta la fecha no se haya logrado precisar de una manera terminante cuál sea éste.

Esta indicación la llena cumplidamente el procedimiento quirúrgico que tiende, después de destruir las granulaciones, a actuar con los antisépticos a los microorganismos en ellas ocultos.

Tal es la ventaja que llevamos a los antiguos: conocemos la naturaleza del mal y no nos contentamos, como ellos, con destruir las granulaciones que se ponen al descubierto sólo con la mano; sabemos que hay otras que antes permanecían inac-

cesibles á la vista y á la acción de instrumentos imperfectos, y, con los que hoy se usan, las pruebas de manifiesto y las destruimos, recurriendo luego a agentes con que perseguir los microbios que quedan en la mucosa y que pueden producir la reaparición de la enfermedad.

Si esto basta para que a los tratamientos quirúrgicos modernos se les haya concedido gran importancia, también es cierto que no en todos los casos de conjuntivitis granulosa habrá de recurrirse a ellos inmediatamente y mucho menos si uno tan energico como el de Abadie y Davier. Allí es que consideramos innecesario su empleo en casos tales como aquéllos en que la enfermedad hace sus primeras manifestaciones y su diagnóstico no es seguro, en los cuales con el intra-

to de plata al 10% obtiene el enfermo una oneforia sensible, que puede hacerse mayor con el sulfato de cobre.

Tampoco lo emplearemos en una oftalmia granulosa de forma agudísima, en la cual están indicadas las escarificaciones conjuntivales. Nosotros hemos visto en el Hospital de Santiago un regular número de granulosos, en quienes los escarificios y los antisépticos han producido muy buenos efectos así como el masaje con el ácido bórico.

De lo mismo recurriremos tampoco a ese procedimiento cuando las granulaciones estén localizadas exclusivamente en el fondo de saco conjuntival, pues en tal caso la operación de Jalezowski para asegurar la curación, es bastante.

Pero cuando se trate de una oftal-

mía granulosa crónica, de larga duración, que invada toda la superficie conjuntival y cuando se hayan formado bajas cicatriciales, causas de entropion, es entonces cuando el procedimiento de Radie y Darrer puede ponerse en práctica, sin que por ello tengamos seguridad absoluta de que el mal no reaparezca, como no la tenemos tampoco en los casos de lupus, tratados por procedimientos quirúrgicos a los que hemos descrito para el tracoma.

De lo expuesto deducimos que el tratamiento quirúrgico de la conjuntivitis granulosa es de gran utilidad, pero sin exceptuarlo inicío ni aplicable en todos los casos con el mismo vigor.

He dicho.

Juan López Guerra



Dia 2 de Mayo de 1898

Siempre el Zanqui, tu amigo
Saludos mielos de la Reyna

A. F. H. H. H. H.

Pre pineda

F. J. M. H. H. H. H.



26 Mayo

Al Señor de Boedo

La hon