

la precaucion de respetar la conjuntiva ocular, y de impedir que el cáustico toque á la córnea, como Graefe (1) recomienda especialmente. Hairion (2) prefiere una solucion muy concentrada de nitrato de plata, excluyendo la piedra infernal que Deval (3) rechaza igualmente por las razones ya indicadas.

Segun la importancia de la enfermedad, estarán las soluciones mas ó menos graduadas. Cuando las granulaciones sean leves, la disolucion podrá contener desde 10 hasta 20 centigramos por cada 30 gramos de agua destilada; pero cuando sean voluminosas y vayan acompañadas de cierto grado de hiperemia papilar, la dosis crecerá hasta 1 ó 2 gramos por igual cantidad de escipiente.

Las cauterizaciones solo se repiten de tarde en tarde, cada cuatro ó cinco dias, á menos que haya indicaciones especiales. Gouzée dice que no se verifiquen sino de ocho en ocho ó de quince en quince dias (4).

Se han usado al mismo tiempo que el nitrato de plata, ó con objeto de sustituirle, cáusticos muy diferentes. Hablando en general deben desecharse completamente los ácidos demasiado enérgicos. Eble recomienda, tratando de ciertos casos graves, que se aplique una solucion de 20 centigramos de sublimado corrosivo y 4 gramos de agua destilada; pero él mismo confiesa que dicho cáustico produce con la mayor facilidad violentas oftalmías.

El *sulfato de cobre*, cortado en forma de lápiz, y pasado por la mucosa, ofrece ciertas ventajas: no determina sino escaras superficiales, y basta perfectamente para reprimir granulaciones de poca entidad.

Hairion (5) preconiza el tanino, con el cual obtuvo los mejores resultados en algunos casos de granulaciones vesiculosas, y sobre todo en ciertas blenorreas crónicas con pannus de la córnea. Hé aquí su fórmula:

Agua destilada.....	20 gram.	Goma arábica.....	10 gram.
Tanino puro.....	5 gram.		

Disuélvase y enélese por un lienzo.

Fromont (6) usa con grandes ventajas la tintura de iodo para combatir las granulaciones antiguas que padezcan los sugetos irritables y linfáticos, cuando haya pannus de la córnea ó blefaritis crónicas.

(1) De Graefe, *Archiv. für Ophthalmologie*, 1854, Band I, S. 199.

(2) Hairion, *Nouvelles considérations pratiques sur l'ophtalmie* (*Archives de médecine militaire belge*, 1848, t. II, p. 141).

(3) Deval, *loc. cit.*, p. 238.

(4) Gouzée, *Archives belges de médecine militaire*, 1848, t. II, p. 249.

(5) Hairion, *Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques du tannin*. Louvain, 1851.

(6) Fromont, *Note sur le traitement des granulacions palpébrales au moyen de la teinture d'iode* (*Annales d'oculistique*, 1848, t. XIX, p. 251).

El ácido crómico experimentado por Hairion (1), el cloruro de zinc que recomienda Hays (2), el cloruro de oro aconsejado por Clay Wallace (3) y el ácido fosfórico que Cunier prescribe (4), están muy lejos de haber adquirido importancia alguna en la práctica. No sucedió lo mismo con el acetato de plomo, á quien se atribuyeron resultados maravillosos; pero desgraciadamente hoy se dirige ya la opinion en opuesto sentido, y el entusiasmo que su uso excitaba al principio va ya disminuyendo cada dia. Lejos de nosotros la idea de decir que el método sea malo ó peligroso; pero tambien habremos de confesar que no constituye un específico infalible. Y sin perjuicio de todo, es uno de los agentes que mejor éxito producen y de los que no se deben prescindir.

El acetato de plomo, cuyas ventajas prácticas comenzó Buys á demostrar (5), y que reconocieron en seguida los mas conocidos oftalmólogos de Bélgica, se usa del modo siguiente: Tómese acetato de plomo neutro muy puro y perfectamente porfirizado, un pincel de pelo de tejón y un vaso que contenga agua clara. Humedézcase el pincel con el agua é introdúzcasele en el polvo de acetato de plomo. Una vez adherido este, diríjase el pincel al ángulo externo del ojo, y maténgase allí durante algunos segundos, en cuyo tiempo las abundantes lágrimas que se derraman empapan la sal y la convierten en una especie de papilla. Repitase otra vez la misma operacion. Cuando la cantidad de sal depositada en la conjuntiva sea suficiente, distribúyase sobre toda ella, comenzando por el párpado inferior y teniendo cuidado de que penetre en todas sus anfractuosidades. Es preciso principiar por el párpado inferior, sin lo cual las lágrimas que se derraman profusamente cuando se aplica la papilla metálica al párpado superior destruirán la capa que se haya depositado despues en el párpado inferior. El dolor que determina esta aplicacion puede ser molesto al principio, pero desaparece luego con bastante rapidez. Habrá que repetir la operacion siempre que el enfermo note cierta incomodidad, procedente de algunas granulaciones que no hayan experimentado la accion de la sal. Vuélvase á verificar entonces la aplicacion del sub-acetato, sin tocar mas que las partes no recubiertas con el barniz protector. Buys ha extendido su método, no solo para reprimir las granulaciones, sino para curar las úlceras de la córnea, del panus y de las vascularizaciones exageradas de las conjuntivas.

Gouzée (6) y los traductores de Mackenzie (7) ha introducido unas

(1) Deval, *loc. cit.*, p. 241.

(2) Hays, *The southern Journal of Medicine*, 1849.

(3) Clay Wallace, *Boston medical and surgical Journal*, 1849.

(4) Cunier, *Annales d'oculist.*, 1838, t. I, p. 204.

(5) Buys, *De l'emploi de l'acétate de plomb solide dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse*, Bruselas, 1849.

(6) Gouzée, *Archives belges de méd. milit.*, 1851, t. VII, p. 227.

(7) Warlomont y Testelin, *in Mackenzie, loc. cit.*, t. I, p. 552.

ligeras modificaciones en este procedimiento, que están reducidas á preparar sobre un pedazo de papel ó dentro de un salerito la papilla saturnina y aplicarla despues por medio de un pincelito segun el método de Buys. Esta modificacion tiene la ventaja de dar una mezcla mas perfecta y de no poner en contacto de la mucosa cristalitos sin disolver.

Se reprocha al acetato de plomo así extendido bajo la forma de barniz sólido sobre la superficie del ojo, que se adhiere con demasiada fuerza á la mucosa, que irrita la córnea y que no impide las recaídas. Warlomont y Testelin convienen en que da buenos resultados tratándose de casos de granulaciones no segregantes y de granulaciones crónicas no acompañadas de fotofobia ó de lagrimeo; pero en opuestas circunstancias, la sal va arrastrada por las lágrimas, y sus efectos son menos duraderos y menos positivos.

Escarificación y excision de las superficies granuladas.—Algunos prácticos, no contentándose con los escaróticos, hacen sobre las partes llenas de granulaciones unas escarificaciones profundas mediante lancetas ó escarificadores pequeños, y despues cauterizan. Cuando las granulaciones sobresalen exageradamente suelen recortarlas con tijeritas curvas. Deval (1) alaba mucho este método, que otros oftalmólogos censuran, porque permite introducir los cáusticos en el espesor de la mucosa, cuando se aplican despues de escarificar, lo cual no deja de ofrecer algun peligro bajo el punto de vista de las cicatrices consecutivas.

Tratamiento de las formas subagudas y superagudas.—Todavía hay precision de recurrir á las cauterizaciones con nitrato de plata y al uso de colirios de sulfato de zinc y de cobre en la dosis de 20 á 30 centigramos por 30 gramos de agua. Cuando la enfermedad es francamente inflamatoria y purulenta, podemos permitirnos emplear evacuaciones sanguíneas, pero con cierto pulso y siempre desde el principio. Gouzée (2), cuya inmensa práctica da motivo para que sean aceptadas sus conclusiones, se expresa de este modo hablando de las sangrías.

«1.º Haciéndose cargo de la enfermedad en sus principios, basta una cauterización para determinar el aborto de ella, ó para impedir que se desarrolle, en cuyo caso son completamente inútiles las sangrías.

«2.º Son inútiles también cuando, llegando la oftalmía á un período mas avanzado, queda en los límites de la mucosa. Este caso se reconoce por la segregación de un moco espeso mas ó menos abundante, y en particular por la ausencia de toda clase de dolor algo vivo y persistente.

«3.º No sucede lo mismo en los casos donde á un flujo abundan-

(1) Deval, *loc. cit.*, p. 237.

(2) Gouzée, *Du degré d'utilité des évacuations sanguines dans le traitement de l'ophthalmie gonorrhéique* (*Annales d'oculistique*, 1853, t. XXX, p. 207).

te, mas bien seroso que puriforme, y á una tension considerable de las partes, se unen dolores y sufrimientos fuertes y continuos hacia la profundidad del ojo, y en la cabeza, frente y párpado superior. Emisiones sanguíneas copiosas ó repetidas incesantemente, podrán coincidir en este nuevo caso con la cauterización y con los demás procedimientos enérgicos, capaces de detener y dominar á los accidentes mas graves.»

Los calomelanos y los purgantes salinos, administrados interiormente, y las unturas de belladona y mercurio alrededor del ojo, son los medios mas á propósito en los períodos agudos para establecer una derivación saludable por parte del tubo digestivo y prevenir el prolapso del iris en caso de que la córnea se ulcere.

Resumiendo, para las formas super-agudas: Emisiones sanguíneas locales y generales; cauterizaciones de la mucosa con nitrato de plata; calomelanos interiormente; unturas mercuriales con belladona, y dieta.

Para las formas crónicas: Cauterizaciones ligeras con nitrato de plata y verificadas en períodos muy distantes; aplicaciones de subacetato de plomo por el método de Buys; alternar las cauterizaciones y el uso del subacetato de plomo con colirios de tanino y de tintura de iodo; pomadas de precipitado rojo y de calomelanos para combatir todo género de complicaciones de blefaritis ciliar.

Confesemos, sin embargo, que son muy difíciles de desarraigar las granulaciones crónicas; que se necesita gran paciencia por parte del enfermo y por la del médico para obtener un resultado satisfactorio, y que sea cualquiera la inteligencia con que se apliquen los medios locales, siempre serán estos insuficientes cuando el enfermo no se halle colocado en buenas condiciones higiénicas.

Indicaciones higiénicas y profilácticas.—El Congreso oftalmológico de Bruselas (1) ha reasumido en veinte y nueve proposiciones todos los principios de higiene y de profilaxia aplicables á la oftalmía de los ejércitos. Y estos principios se hallan comprendidos implícitamente en el siguiente resumen de Deval:

«El medio preservativo por excelencia consiste en alejar cuanto sea posible á los sujetos infestados de los individuos sanos.

«Si la enfermedad existe en un cuartel, hospital ó cárcel, será preciso disponer un local aparte para alojar á los granulados.

«Cuando dentro del hogar doméstico, padezca un niño semejante enfermedad, deberá acostarse en cama separada, y siempre que no haya obstáculo invencible solo en una habitación, procurando que las esponjas y toallas de su uso no se confundan con las demás.

«Determinándose las granulaciones en un colegial de cualquier establecimiento de enseñanza, lo mas conveniente será enviarlo á su familia hasta que consiga curarse por completo.

(1) *Congrès d'ophthalmologie de Bruxelles*, sesión de 1857, Paris, 1858, p. 474.

»Si el mal comienza á ejercer sus estragos en un ejército, habrá que crear depósitos especiales para esta clase de enfermedad.

»Impedir el regreso á sus cuerpos respectivos, hasta que por una larga observación en las salas especiales, se tenga seguridad de su estado.

»Cuidarlos en departamentos separados, alejando á los convalecientes de los enfermos.

»Ejercer una vigilancia esquisita con las sábanas, ropas y objetos de cama.

»Blanquear y desinfectar los lugares donde residen oftálmicos; é impedir todo género de desaseo.

»Examinar frecuentemente los ojos de los soldados, y con especialidad despues que hayan sufrido el primer contagio.

»En este exámen conviene guardar grandes precauciones para no inocularse á sí mismo.»

ARTÍCULO VII.

CONJUNTIVITIS DIFTÉRICA.

§ I.—Definicion.

La conjuntivitis diftérica se caracteriza por producir en la superficie y en la profundidad de la conjuntiva unos depósitos plásticos que se extienden bajo la forma de falsas membranas mas ó menos adherentes, ó que se infiltran en el mismo tejido de la mucosa. Esta afección tiene además como propiedades etiológicas y patogénicas la de desarrollarse en virtud de las causas específicas que dan origen á la difteritis, y la de determinar en el organismo un estado constitucional grave, cuyas alteraciones locales, ya tan perniciosas por sí mismas, adquieren influencias de la peor categoría.

§ II.—Historia.

Apenas se remonta á una época no muy lejana el conocimiento de la oftalmía diftérica, y ya su historia aparece llena de opiniones diferentes; lo cual depende de las variedades que presenta la afección y de que los autores no se han podido desprender. Es muy dudoso, por ejemplo, que la pretendida *conjuntivitis pseudo-membranosa* de Chassaignac tenga cosa alguna que pueda considerarse como especial: ni los caracteres anatómicos de la falsa membrana, ni el estado de la mucosa descrito por él, dan una explicación exacta de lo que se observa en las demás partes del cuerpo invadidas por la difteritis. Si hay difteritis en los casos que dicho autor consigna, habrá que referirla á la difteritis comun, herpética y señalada en la faringe.

Mackenzie no cree en la difteritis ocular, tal como la describió

Graefe. Para él está muy lejos de constituir una enfermedad aparte. Lo que forma es un síntoma comun á muchas variedades de conjuntivitis graves. Puede ser signo de una inflamación muy intensa; pero de ningun modo indica la existencia de inflamaciones especiales.

El aserto del autor inglés nos parece exagerado. Si todos los hechos expuestos por Graefe no son casos de verdadera difteritis, algunos hay entre ellos, de quienes seria imposible negar su carácter específico: dos, por ejemplo, que no van acompañados de difteritis generalizada y que terminaron en crup. Los trabajos que podrán consultarse en este caso son los de Bouisson (1), Chassaignac (2), Gibert (3), Magne (4), Albert de Graefe (5), Wecker (6), Jacobson, de Königsberg (7), Mackenzie (8).

§ III.—Frecuencia.

La conjuntivitis diftérica es una de las formas mas raras de difteritis. Se presenta con mucha menos frecuencia que las localizaciones faríngea, laríngea y cutánea. Y esto es tan positivo que casi todos los oftalmólogos de Francia é Inglaterra guardan un silencio absoluto acerca de esta enfermedad. Sin embargo, de Graefe (9), cuya observación se funda en el tratamiento de 4 á 5000 enfermos por año, dice que ha tenido en ciertas épocas seis ú ocho personas atacadas de este mal.

§ IV.—Causas.

Predisposiciones individuales.—Desde dos hasta ocho años es cuando los niños están mas predispuestos; pero tambien puede invadir á los adultos y á los niños en lactancia, aunque esto sea mucho mas raro. Las afecciones anteriores, la miseria y todas las causas que debilitan el organismo favorecen la invasión de esta enfermedad. De cada cuarenta niños invadidos por la conjuntivitis diftérica, ocho suelen llevar siempre signos incontestables de sífilis.

(1) Bouisson, *Montpellier médical*, 1859.—*Tribut à la chirurgie*, 1861, t. II.

(2) Chassaignac, *Sur la nature et le traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés* (*Ann. d'ocul.*, 1847, t. XVIII, p. 138, y *Traité de la suppuration*, t. II).

(3) Gibert, *Archives générales de méd.*, 1847, t. II, p. 225.

(4) Magne, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1858, p. 1260.

(5) Albert de Graefe, *Deutsche Klinik*, 1853, n.º 35; *Ann. d'ocul.*, 1854, t. XXXI, página 237; *Archiv. für Ophth.*, Band I, Abt. I, S. 168.

(6) Wecker, *De la conjonctivite purulente et de la diphthérie, au point de vue du diagnostic différentiel et de la thérapeutique*, tesis de Paris, 1861.

(7) Jacobson (de Königsberg), *Archiv. für Ophth.*, t. Band. IV, Abth. 2.

(8) Mackenzie, *La conjonctivite diphthéritique n'est qu'un symptôme d'ophtalmie* (*Ann. d'ocul.*, 1858, t. XL, p. 30).

(9) De Graefe, *Observation d'ophtalmie diphthéritique* (*Ann. d'ocul.*, Bruselas, 1860, t. XLIV, p. 115).

La conjuntivitis á que nos referimos puede desarrollarse en el estado esporádico. Es muy notable la influencia epidémica; pero en la primavera y en el otoño es cuando se observa el mayor número de casos durante las epidemias de angina, las cuales se desarrollan frecuentemente con las epidemias de fiebre puerperal. En tiempos de epidemia son muy temibles, bajo el punto de vista de las complicaciones difteríticas, toda causa excitante del órgano de la vision, cualquier conjuntivitis catarral ó purulenta (1).

Unos niegan la propagacion por contagio y otros la afirman. Magne (2) refiere hechos donde solo fué atacado un ojo, sin perjuicio de hallarse el otro expuesto al contacto de líquidos segregados por la conjuntiva enferma, deduciendo de ello que la enfermedad no era contagiosa directamente. Esta opinion parece atrevida por lo menos; y si hemos aceptado el contagio de la angina pseudo-membranosa debemos reconocer que hay que admitir lo mismo respecto de la conjuntivitis diftérica.

La produccion de falsas membranas puede quedar limitada al ojo. También es notable que las irradiaciones morbosas sean menos comunes que en la angina, lo cual se explica por el aislamiento de la conjuntiva, mientras que la mucosa faríngea tiene comunicaciones mucho mas extensas, con la de las narices y la de las vias aéreas. No obstante, de Graefe ha visto sucumbir tres de sus cuarenta enfermos, consecuencia de la angina diftérica. El organismo se afecta siempre de una manera profunda. La fiebre es intensa y la pérdida de fuerzas bastante considerable para dar ocasion á enfermedades intercurrentes de gran trascendencia. Entre cinco casos de dicha afeccion, ha visto Gibert morir uno de difteritis y tres de enfermedades intercurrentes; Y qué otra cosa se observa en las anginas pseudo-membranosas? Todas estas manifestaciones locales no son efectivamente sino la expresion de un estado diatésico general, como se demuestra por las alteraciones de la sangre y por la reaparicion sobre diversos puntos del organismo, simultánea ó sucesivamente, de pseudo-membranas diftericas.

Resumiendo, las causas predisponentes resultan de la menor edad, del empobrecimiento de la constitucion por miseria ó enfermedad, y en épocas de epidemia, de irritaciones accidentales del órgano de la vista. La causa específica, de naturaleza desconocida, puede transmitirse por infeccion miasmática, y muy probablemente tambien por contagio directo, á pesar de todos los hechos que parecen probar lo contrario.

(1) Wecker, *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 82.

(2) Magne, *Du croup des paupières* (*Union médicale*, 1858, p. 398).

§ V.—Síntomas.

Casi todos los autores que han escrito sobre oftalmía diftérica admiten los tres periodos de Alb. de Graefe, caracterizados: el primero por *exudacion*; el segundo, por *reaccion local y purulenta*, y el tercero por *cicatrizacion*.

En el primer grado, los síntomas anatómicos consisten en la inflamacion de los párpados, manifestada sobre ambos velos á un tiempo. Al principio quedan libres la piel y el tejido celular subcutáneo, siendo solo la conjuntiva asiento de la inflamacion. Esta es extensa y dura, pero sin vascularizacion muy pronunciada. Solo se notan en ella algunos vasos formando anchas mallas, que terminan en los bordes de la córnea. Y en medio de los cruzamientos, el tejido de la conjuntiva aparece liso y brillante con un color amarillento, marmóreo por algunos sitios. Estos jaspeados de color oscuro dependen de ciertas extravasaciones sanguíneas en el espesor de la mucosa.

El quemosis consiste en una induracion grasienta ó gelatinosa. Si practicamos algunas incisiones en la mucosa, la encontraremos gruesa, dura y seca, sin derramar por los bordes de la herida sangre ni serosidad. El tejido celular sub-conjuntival sufre iguales alteraciones resultantes de una exudacion fibrinosa entre las mallas del tejido conectivo. Este estado difiere mucho de el de la mucosa en los primeros periodos de la conjuntivitis purulenta. No encontramos efectivamente, ni la hiperemia papilar, ni el quemosis seroso é inflamatorio, ni la blandura esponjosa de la conjuntiva, sino una sequedad del dermis de la conjuntiva y un aspecto graso completamente especial. Esta infiltracion fibrinosa da por resultado impedir la circulacion estrangulando los vasos y ocasionar en el movimiento de los párpados una *tirantez característica*. Casi es imposible que el enfermo levante el párpado superior; y hasta el médico halla grandes dificultades para examinar el saco conjuntival. Experimentan los enfermos un dolor tan agudo durante las manipulaciones del médico y sus tentativas para elevar ó revolver los párpados, que de Graefe se ha visto precisado muchas veces á administrarles el cloroformo. La exudacion fibrinosa tiene lugar generalmente en el espesor de la mucosa; pero tambien suele producirse en la superficie. Entonces las pseudo-membranas adquieren gran adherencia, quedando en íntima conexion con la expansion intersticial, y es por lo tanto muy difícil quitar los colgajos muy extensos.

En algunos casos suele invadirse el borde de los párpados por la exudacion diftérica. Hay placas pseudo-membranosas que destacan por su aspecto agrisado y por su elevacion sobre las partes próximas.

Los *síntomas fisiológicos* consisten en un dolor muy agudo, en el aumento de la temperatura local, y en la segregacion de un líquido

icoroso, de color gris sucio, compuesto de lágrimas y de suero de la sangre que lleva disuelta la materia colorante de los glóbulos sanguíneos, y en suspension madejitas de fibrina coagulada. En este período no abunda mucho la secreción. Resumiendo, tirantez de los párpados, aumento de volumen de la conjuntiva y del tejido celular submucoso; aspecto liso y grasiento de la superficie mucosa, color amarillento sin vascularización, infiltración de la fibrina en el tejido conectivo, depósito de falsas membranas adherentes, dolores agudísimos, secreciones poco abundantes y flujo de un líquido sero-sanguinolento. Tales son los síntomas del primer período que dura de seis á diez días.

Síntomas anatómicos y fisiológicos del segundo período.—Desaparece la tirantez de los párpados, y la conjuntiva se vuelve roja, intumesciéndose y tomando un aspecto de esponja. Todavía quedan trozos pseudo-membranosos; pero la mucosa se cubre toda alrededor de vasos abundantes, voluminosos y que suelen ponerse al descubierto mediante la descamación epitelica y la eliminación de los restos de la conjuntiva. Tampoco es raro que sobrevengan en este período hemorragias muy abundantes. Al mismo tiempo, la secreción cambia de naturaleza. De seroso-sanguinolenta se convierte en francamente purulenta, y desde entonces los síntomas vienen á ser idénticos á los de la conjuntivitis blenorragica. Ahora bien, eliminación de las falsas membranas, turgencia hiperémica de la mucosa, disminución de la tirantez palpebral y secreción purulenta; tales son los caracteres del segundo período.

El tercer período, ó período de reparación, consiste en el acto de formarse un tejido de cicatrices, y por consecuencia de ello retraerse el párpado y volver hácia dentro el reborde palpebral.

Mientras que tienen lugar estos fenómenos por el lado de la conjuntiva, otras alteraciones no menos graves ocurren en la córnea; se enturbia y pierde el pulimento de su superficie. En seguida aparecen ulceraciones mas ó menos profundas; su fondo es agrisado y sin transparencia cuando no se han eliminado las partes necrosadas. Una vez que ya ha desaparecido el detritus que las cubre, vuelve á presentarse el brillo de la córnea, pudiendo inducir á error, sobre el estado de la afección; es decir, que se puede considerar la córnea, como si estuviera casi intacta puesto que no hay mas que unas laminillas lanzadas hácia adelante por el humor acuoso, impidiendo que sea completa la perforación. Wecker (1) insiste acerca de un carácter de dichas perforaciones; segun él, la abertura fistulosa se cerraría perfectamente con el intermedio de tapones fibrinosos. Lo que no evita que la fistula se reproduzca y que tenga lugar muchas veces la destrucción del ojo.

(1) Wecker, *loc. cit.*, t. I, p. 79.

§ VI.—Curso y duración.

El curso de esta afección es muy rápido. Cuanto mas extensa y profunda es la infiltración, mas pronto desaparecen las infiltraciones de la córnea, y mas largos son los períodos de eliminación y de supuración. No es siempre la marcha completamente regular, y en la conjuntiva, como en la faringe, suele acontecer que despues de reabsorbida ó eliminada una primera exudación, venga un segundo, y tal vez un tercer producto pseudo-membranoso. De lo cual resulta una duración mayor ó menor de la enfermedad que conduce constantemente á pérdidas de sustancia considerables, y á deformidades consecutivas que comprometen la vista.

§ VII.—Variedades.

Hay por lo menos dos variedades de oftalmia pseudo-membranosa: la descrita por Chassaignac y que no pertenece á la difteritis, y la que acabamos de describir, y que evidentemente es difterica. Entre ambas enfermedades no faltan distinciones importantes que establecer. La congestión de la mucosa, el quemosis seroso primero y flemoso despues, el desarrollo de las papilas y una secreción purulenta que coincide con el depósito sobre la mucosa de restos pseudo-membranosos elásticos, constituidos por una mezcla de pus, moco y fibrina, sin adherencia al tejido rojo y entumescido sobre que descansan, son caracteres que separan de tal modo esta afección de la que acabamos de describir, que no hay necesidad de que insistamos mas sobre este punto.

§ VIII.—Diagnóstico y pronóstico.

Es imposible confundir la oftalmia difterica con la conjuntivitis catarral ó flictenosa. Aquella no tiene relaciones sintomáticas mas que con las oftalmias purulentas, á cuyo segundo período se aproxima tanto que es muy difícil su distinción. De Testelin y Warlomont tomamos el siguiente cuadro, que resume con toda claridad las diferencias que existen entre la oftalmia difterica y la oftalmia gonorréica.