

Diagnóstico diferencial de la conjuntivitis diftérica y de la oftalmía gonorréica.

OFTALMÍA DIFTÉRICA.

1.º Existencia de una falsa membrana con gran tendencia á arrollarse, y tan íntimamente unida á la superficie de la conjuntiva, que es muy difícil desprenderla.

2.º En el microscopio presenta una masa amorfa, mas ó menos granulada y que ofrece por todas partes estrias irregulares. Por la superficie y por los bordes manifiesta también células, cuya cantidad aumenta cada vez mas.

3.º Tejido de la mucosa duro, resistente, y penetrado por un exudado sólido.

4.º Párpado extendido, sin poderse mover; dolor excesivo del enfermo cuando tratamos de volverlo.

5.º Superficie de la mucosa con el aspecto de una membrana unida, donde se halla interrumpida la circulación.

6.º En el principio de la afección, se presentan algunos grandes vasos muy dilatados, y alrededor de ellos derrames sanguíneos pequeños, pero muy numerosos, ni se extienden ni se reúnen nunca, como se ve con frecuencia en los equimosis de la conjuntiva; comunican á la mucosa un aspecto manchado.

7.º Mucosa poco vascular, y con muy poca sangre útil para la circulación.

8.º Producto de secreción consistente en un líquido, de color gris sucio, semitransparente, y en el cual sobrenadan copos amarillentos; putrefacción bastante rápida.

9.º Aumento muy pronunciado de calor.

10. Dolor agudísimo; mucosa muy sensible al menor contacto.

11. Tumefacción considerable del tejido conjuntival, fácil de demostrar incindiendo dicho tejido.

OFTALMÍA GONORRÉICA.

1.º Existencia algunas veces de pseudo-membranas que parecen no ser mas que moco coagulado, mas blandas, sin elasticidad, ni friabilidad, y que dan á la conjuntiva, con quien solo tienen una pequeña adherencia, un aspecto liso enteramente.

2.º Membranas fibrosas y moco-pus, bajo toda clase de formas.

3.º Mucosa blanda, vascular é infiltrada de una exudación líquida.

4.º Párpado blando, hinchado, y que puede volverse con facilidad.

5.º Red vascular superficial, desarrollada hasta el punto de producir una multitud de granulacioncitas rojas, ó de pequeñas escrescencias de forma variable, prominentes ó papilares, que dan á la mucosa apariencias de piel de zapa.

6.º Vasos dilatados, alargados y que dan lugar generalmente á un flujo de sangre abundante, seguido de la caída de la mucosa al menor roce.

7.º Mucosa extraordinariamente vascular, efectuándose la circulación con entera libertad.

8.º Pus bastante homogéneo, de color amarillo puro, y que no entra en putrefacción rápidamente.

9.º Aumento poco pronunciado de calor.

10. Dolor bastante soportable, á veces nulo, y que desaparece cuando ya ha hecho progreso la supuración.

11. Sin tumefacción alguna del tejido conjuntival, el que solo se halla levantado por consecuencia de una exudación líquida que hay debajo del epitelio

12. Tumefacción dura y rígida del párpado superior, que se desarrolla fácilmente y que principia por la desaparición de sus pliegues, matiz ligeramente rojiza de la piel, el cual parte del borde palpebral.

12. Tumefacción menos dura y menos rígida, aunque muy considerable.

Pronóstico.—Siempre es grave, no solo bajo el punto de vista de la posibilidad de que se destruyan los ojos, sino porque pueda ocurrir el fallecimiento del enfermo. Las complicaciones con la laringe y con los pulmones son las que generalmente determinan la muerte. Será temible la exudación plástica, y cuando se haya interrumpido la circulación hasta el punto de no bastar para nutrir la córnea. Durante el período de la purulencia, deberán llamar la atención, como mas inmediatamente peligrosas las ulceraciones y los reblandecimientos de la córnea. Los riesgos propios del período de cicatrización resultan de la contracción del fondo del saco conjuntival y de las adherencias de los párpados entre sí (*alquiloblefaron*), y con el globo del ojo (*simblefaron*).

§ IX.—Tratamiento.

Varía según los períodos. En el primero, difiere esencialmente de el de las conjuntivitis purulentas; en los otros dos, casi viene á ser el mismo. De Graefe (1) fué quien inició las medicaciones y contra-medicações del primer grado. Por consecuencia del éxtasis sanguíneo, y de la obliteración de los vasos de la conjuntiva, *proscribió de una manera absoluta el uso de cauterizaciones enérgicas*, cuyos efectos no harían otra cosa que aumentar el embarazo de la circulación. Pero recomienda tres medios principales: evacuaciones sanguíneas, fomentaciones frías y los mercuriales.

1.º *Evacuaciones sanguíneas.*—Raro es que haya precisión de recurrir á las sangrías generales. Todo lo mas podrían practicarse en adultos fuertes y vigorosos; pero no deberá abusarse de ellas, tanto respecto de la conjuntivitis diuteritis, como de la angina membranosa. Las evacuaciones sanguíneas serán por consiguiente exclusivamente locales. Y habrá que recurrir á las sanguijuelas, pues que visto el estado de la conjuntiva, las incisiones no tendrán resultado alguno ventajoso, y las escarificaciones no determinan flujos sanguíneos. Las sanguijuelas se aplican en número de diez ó doce á raíz de las narices, hácia el ángulo interno del ojo, y se procura que continúe el flujo mientras lo permitan las fuerzas del enfermo. No habrá inconveniente en repetir la aplicación de sanguijuelas; porque Graefe ha llegado á colocar en el espacio de siete dias hasta ciento sesenta. Escusado será decir que los niños caquéticos y anémicos no pueden

(1) A. de Graefe, *Archiv. für Ophthalmologie*. Berlin, 1854, Band 1.

soportar pérdidas de sangre tan considerables, y que tratándose de ellos convendrá guardar la mayor moderación en el uso de este medio ó desecharlo por completo.

2.º Las *fomentaciones* frías tienen por objeto combatir el dolor y hacer que descienda la temperatura local. Deben renovarse con frecuencia, noche y día, mientras la enfermedad siga haciendo progresos ó quede estacionaria. Además de la ventaja que ofrecen de quitar el exceso de calórico y de disminuir el dolor, sirven mucho también para mantener la limpieza de los ojos. Algunos aconsejan inyectar glicerina (1) y leche entre los párpados para ablandar las falsas membranas é impedir que se peguen las pestañas.

3.º Entre todos los medicamentos internos, los mercuriales son los que han producido mejores resultados. De Graefe usa de ellos con la mayor energía. Administra á los adultos, cada dos horas, durante día y noche, 5 centigramos de calomelanos, y á los niños 1 ó 2 centigramos. Al mismo tiempo manda friccionar las diferentes partes del cuerpo con unguento mercurial simple ó belladonado. Se aplica alrededor de los ojos unguento mercurial con belladona á fin de producir la dilatación de la pupila y evitar el prolapsus del iris, si llega á perforarse la córnea. La salivación de los adultos y el reblandecimiento de las falsas membranas en los niños, indican el momento en que debe cesar el uso de los mercuriales. Cuando la constitución se halle deteriorada, ó se produzcan hemorragias temibles, deberá usarse el hierro interiormente. Emile Martin (2) ha obtenido muy buenos resultados con el percloruro de hierro en la fórmula siguiente:

Percloruro de hierro..	10 á 50 gotas.	Agua de menta.....	15 gram.
Extracto de belladona.	5 centigr.	Agua de tila.....	45 gram.
Jarabe simple.....	30 gram.		

Mézclase, para tomar á cucharadas durante el día.

Tratamiento del segundo período.—Cuando las falsas membranas empiezan á ablandarse y la mucosa se llena de vasos, llegando á ser edematosa, ya es preciso recurrir al cáustico. Conviene, sin embargo, aplicarlo con mucha prudencia, de una manera bastante superficial al principio, y sobre los puntos donde se halle la conjuntiva muy hiperemiada. Para hacer la segunda cauterización será preciso esperar al momento en que se desprenda la escara fácilmente, y en que debajo de ella aparezca la mucosa fuertemente congestionada. Con objeto de favorecer la eliminación de las falsas membranas y activar la circulación, Wecker (3) sustituye el uso del agua caliente

(1) Emile Martin, *Traité médical pratique de maladies des yeux*. Paris, 1873, página 180.

(2) Emile Martin, *loc. cit.*, p. 181.

(3) Wecker, *De l'emploi de l'eau chaude en compresses dans le traitement des maladies des yeux* (*Bulletin de thérapeutique*, 1862, t. LXII, p. 258).

á el agua fría, aplicando sobre los ojos compresas muy dobles empapadas en agua á 40 ó 45 grados.

Si se presentara en estas circunstancias un quimosis inflamatorio, desde luego convendría efectuar la escarificación.

Tratamiento del tercer período.—La tirantez é hipertrofia de los párpados se combate con medios locales, cauterizando la superficie cutánea con el nitrato de plata y barnizándola con tintura de iodo. También son muy á propósito para disminuir la sequedad de la conjuntiva unas inyecciones de leche y de glicerina. En cuanto á las demás complicaciones, no reclaman indicación alguna que sea especial de la conjuntivitis dífiterica.

Régimen.—Durante los dos primeros períodos de la afección, el enfermo deberá sujetarse á una dieta severa, no permitiéndosele más que caldos y sopas ligeras. Pero la precaución que nunca ha de olvidarse, es la de cerrar el ojo sano con tiras de aglutinante ó de colodion, para preservarlo de los líquidos irritantes que fluyen por el ojo enfermo.

ARTÍCULO VIII.

DIVERSAS AFECCIONES DE LA CONJUNTIVA, COMO CONSECUENCIA DE CONJUNTIVITIS SIMPLES Y PURULENTAS, Ó DESARROLLADAS ESPONTÁNEAMENTE.

Como resultado de las diferentes variedades de conjuntivitis descritas en los anteriores artículos, no es raro observar algunos cambios de textura, y por consiguiente, ciertas alteraciones funcionales de la conjuntiva. En esta membrana se produce lo que encontramos en todos los tejidos de la economía bajo el flujo de repetidas congestiones é inflamaciones, á saber: *hipertrofias, atrofas y desorganizaciones*. La hipertrofia es general ó parcial. Esta última variedad, descrita por Desmarres, y que se observa principalmente alrededor de la córnea, resulta de los quemosis serosos é inflamatorios tan frecuentes en las oftalmías algo violentas. La hipertrofia no desaparece más que á la larga, bajo la acción de pomadas y de colirios resolutiveos y emolientes; pero lo más común es que persista de una manera indefinida. La *relajación* de la conjuntiva es consecuencia de la hipertrofia de dicha membrana, que cesa de aplicarse íntimamente á la superficie del globo y forma pliegues muy incómodos para el movimiento de los párpados. Los colirios y pomadas astringentes no bastan por lo general para curar dicha deformidad. Cuando esta es demasiado grande puede producir un resultado satisfactorio la incisión sola del rodete. La *atrofia* de la conjuntiva tiene mayor importancia que los precedentes estados, y exige muy corta descripción. Distínguese con el nombre de *xeroftalmia*.

1.º XEROFTALMÍA.

§ I.—Definición, sinonimia é historia.

Es una afección caracterizada por la sequedad, opacidad y atrofia de la conjuntiva. Esta ofrece un reflejo particular análogo al del raso; es *escamosa é insensible al tacto*, y afecta un estado muy parecido al de las mucosas vaginal y prepucial, expuestas durante mucho tiempo al contacto del aire. La xeroftalmía ha recibido los nombres de *xerosis xeroma, cutisacion, epidermificacion* de la conjuntiva, etc.

Ha dado lugar á trabajos diferentes, en los que deben citarse los de Schmidt (1), de Von Ammon (2), de Duprez (3) y todos los Tratados especiales de oftalmología.

§ II.—Causas y variedades.

Se han invocado dos órdenes de causas como susceptibles de producir la xeroftalmía; 1.º, falta de secreción de lágrimas: por consecuencia de alteraciones de la glándula lagrimal; 2.º, alteración de las glándulas mucíparas de la conjuntiva. Y de ello resultan para algunos autores dos variedades de xeroftalmía; la *xeroftalmía lagrimal* y la *xeroftalmía conjuntival*. La primera variedad es muy discutible, porque la conjuntiva no deja de hallarse barnizada y perfectamente húmeda, aun cuando la glándula lagrimal esté separada, ó desorganizada por un producto de mala naturaleza. En cuanto á la xeroma conjuntival, que tiene una existencia indiscutible, debe atribuirse á la inflamación crónica de la conjuntiva, y con especialidad á las inflamaciones crónicas granulosas. Rognetta (4) y Vidal (de Cassis) atribuyen esta enfermedad á una alteración sencilla de la inervación, análoga á la que produce la sequedad de la lengua en un acceso de cólera, ó la supresión de la orina durante un ataque de histerismo. Pero es evidente, si se toman en cuenta tan profundas alteraciones de la mucosa, que haya mas de una perturbación funcional del quinto par. Duprez la achaca á los frotamientos de la conjuntiva, y á la obliteración de los conductos glandulares, y hay mas aun; no solo se hallan obliterados los conductos, sino que las mismas glándulas están atrofiadas y reducidas á elementos celulosos incapaces de todo género de secreción.

- (1) Schmidt, *Ueber die Krankh. des Thränen organs.*
 (2) Von Ammon, *Zeitschrift für die ophthalmologie*, 1832, vol. II, p. 48.
 (3) Duprez, *Xerosis de la conjonctive*, tesis de Paris, 1836, n.º 21.
 (4) Rognetta, *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1844, p. 362.

§ III.—Síntomas, y anatomía patológica.

En el principio la conjuntiva se presenta de color rojo oscuro, gruesa y arrugada, y mas tarde adquiere color blanquecino, pierde su pulimento y viene á ser como apergaminada. Estos diferentes estados indican que la circulación se ha suspendido; además, las escarificaciones de la conjuntiva no dejan fluir sino una corta cantidad de sangre. La córnea se halla empañada y nebulosa; la carúncula lagrimal aparece seca, aplastada ó hipertrofiada; los puntos lagrimales están desviados y obliterados, y los conductos secretores de la glándula lagrimal mas ó menos obstruidos. La conjuntiva, hipertrofiada y relajada primero, se contrae en seguida. Los fondos de los pliegues palpebrales desaparecen; la abertura de los párpados disminuye; toda especie de secreción en la superficie del globo se agota, y los párpados se mueven con dificultad. Hay tambien dolor en el contorno de la órbita; pero se modifica de tal modo la textura de la conjuntiva que los nervios participan de la atrofia glandular, y que pueden llegar á aplicarse sobre la superficie del ojo sustancias irritantes, como vapores amoniacales y zumo de cebolla, sin determinar dolor alguno.

§ IV.—Curso, pronóstico y tratamiento.

La xeroftalmía tiene una marcha progresiva. Su pronóstico es grave, y en cuanto á su definitiva curación, jamás ha podido observarse. Se debe desechar todo tratamiento doloroso. La *escisión de la mucosa* intentada por Sanson (1), la inoculación de pus blenorragico ensayada por Van Roosbroeck, no pueden producir otra cosa que accidentes sin utilidad para los enfermos. En definitiva, solo se emplean para aliviar al enfermo, disminuyendo la sensación de sequedad que experimenta, simples lociones con cuerpos grasos, leche, aceite comun y glicerina.

Siendo decididamente de competencia de la cirugía las demás afecciones de la conjuntiva, como *pterigion, pingüecula, pólipos, tumores dermóideos*, etc., prescindiremos ahora de ellas, del mismo modo que de las hemorragias y del enfisema, que pueden considerarse siempre como síntomas de otra enfermedad. La sífilis primitiva y secundaria, el chancreo y las erupciones secundarias exantemáticas y tuberculosas tambien han sido indicadas por algunos autores, pero de una manera tan rara que su historia no merece capítulo aparte.

Las enfermedades de la carúncula lagrimal y del repliegue del semilunar, designadas con el nombre de *encanthis*, son de muy es-

- (1) Carron du Villards, *loc. cit.*, t. II, p. 115.

casas importantes, y no pueden por lo tanto tratarse sino en obras especiales. Por lo demás, el encantis inflamatorio, fácil de conocer en su situación, nunca es completamente grave, ni reclama al principio mas tratamiento que el antiflogístico ni despues mas que la abertura, cuando ha comenzado la supuración.

CAPÍTULO V.

Enfermedades de la esclerótica.

La esclerótica es una membrana, fibrosa por excelencia, en cuya composición entran muy pocos vasos y nervios, de movimientos vitales bastante débiles, y con reacciones morbosas casi nulas. Es muy dudoso que dicha membrana pueda enfermar primitivamente. Es verdad que la escuela de Beer ensayó localizar en dicha membrana las oftalmías llamadas *reumáticas*. Pero esto es una oposición nacida de la analogía, antes que de una observación exacta. La que se considera como oftalmía reumática tiene lesiones y síntomas propios mas bien de la irido-coroiditis que de una inflamación de la esclerótica. La *escleritis escrofulosa de Mackenzie* es una enfermedad muy compleja, y en la cual se hallan extraordinariamente interesadas la córnea, la conjuntiva y las membranas profundas. La *oftalmía cataral reumática* tiene aun mayor importancia por la inflamación de la conjuntiva que por la ligera complicación inflamatoria del tejido epiesclerótico. Todo lo que han descrito últimamente los autores bajo la denominación de *esclero-coroiditis anterior* y *esclero-coroiditis posterior*, no es otra cosa que el resultado de las alteraciones de la coróides; porque sean cualesquiera las modificaciones de configuración y de textura que la esclerótica puede experimentar, nunca llegan á tener sino un valor secundario. No hay certeza respecto de que la enfermedad llamada por Amon *escleritis sub-conjuntival*, por Sichel (1) *inflamación parcial de la coróides y del tejido celular sub-conjuntivo*; y por Wecker (2) *episcleritis*, sea una afección primitiva. Además su historia se resume en pocas palabras: etiología indeterminada, y síntomas reducidos á la presencia de un tumorcito situado á 3 ó 4 milímetros de la córnea, y generalmente hácia la parte exterior. Constituida al principio por una manchita rojiza, gana poco á poco en altura y en extensión, tomando la forma de un botoncito del tamaño de una lenteja, se halla surcado por vasos diferentes; rara vez termina supurando, y todavía menos perforando la esclerótica; apenas ocasiona incomodidad y en nada altera la vista cuando la córnea no participa de la inflamación. Este tumorcito inflamatorio se re-

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*, texto, p. 58.

(2) Wecker, *loc. cit.*, p. 241.

suelve con lentitud, y siempre que no haya producido adherencia de la coróides, concluye sin dejar la menor huella. El tratamiento consiste en aplicaciones emolientes. No es posible se confunda con la conjuntivitis pustulosa. (Véase esta afección, p. 892.)

Las consideraciones precedentes aconsejan que prescindamos de escribir un capítulo especial acerca de la inflamación de la esclerótica. Y no porque la vascularización anormal que presenta, y el reblandecimiento y adelgazamiento de su tejido dejen de ser el resultado de un trabajo inflamatorio, sino porque solo es consecuencia de afecciones propias de otras membranas.

Por lo demás, ya tendremos ocasión de explicarnos respecto de las deformaciones de la esclerótica, que concurren á impedir el acto visual, cuando tratemos de las enfermedades de la coróides.

CAPÍTULO VI.

Enfermedades de la córnea.

Aun siendo la córnea una dependencia de la esclerótica con quien guarda íntimas conexiones, se distingue de ella por caracteres anatómicos y funcionales demasiado importantes para dar á sus enfermedades una gravedad y una frecuencia de que carecen las de la esclerótica. Las tres partes que la constituyen, el epitelio de la cara anterior, la membrana de Descemet de la cara posterior, y su tejido propio compuesto de una sustancia homogénea y de corpúsculos de la córnea, son tan impresionables, que las menores alteraciones experimentadas por ellas perturban en seguida el cristal del ojo. No queremos decir con esto, sin embargo, que las enfermedades de la córnea sean generalmente primitivas. Por el contrario, casi siempre son consecuencia de inflamaciones de la conjuntiva por la cara anterior y de derivaciones de la inflamación de las membranas profundas por la posterior. En este capítulo estudiaremos sucesivamente: las *queratitis*; las *alteraciones que de ellas proceden*, es decir, los *abscesos*, las *úlceras*, las *manchas*, los *reblandecimientos*, los *estafilomas*, y en fin, el *tratamiento de las queratitis y de sus complicaciones*.

ARTÍCULO ÚNICO.

QUERATITIS.

La córnea no tiene vasos, ni aun rudimentos vasculares; y para los patólogos que crean que es imposible todo género de inflamación allí donde no existan elementos vasculares, la palabra queratitis habrá de borrarse del cuadro patológico. Así sucedería por lo menos,