Año 1907 N.º 1748

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONJUNTIVITIS GRANULOSA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICOLÁS CHIRIANI

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MÉDICA», IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1907

CONJUNTIVITIS GRANULOSA

Año 1907 N.° 1748

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONJUNTIVITIS GRANULOSA

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICOLÁS CHIRIANI

BUENOS AIRES

«LA SEMANA MEDICA», IMPRENTA DE OBRAS DE EMILIO SPINELLI

737 — CALLAO — 737

1907

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. ELISEO CANTÓN

Vice Decano

DR. D. JOSÉ PENNA

Consejeros

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » PEDRO N. ARATA
» » PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
» » JOSÉ PENNA
» » LUIS GÜEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ANTONIO C. GANDOLFO
» » JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» » JUAN A. BOERI (supl.)
» » BALDOMERO SOMMER
» » G. ARAOZ ALFARO
» » JOSÉ R. SEMPRUN
» » ABEL AYERZA
» » JAIME R. COSTA

Secretarios

DR. D. RICARDO S. GOMEZ (Escuela de Medicina)
» » JONÁS LARGUÍA (Consejo Directivo)

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Física Médica	» JAIME R. COSTA
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Química aplicada á la Medicina	» PEDRO N. ARATA
Histología teórico-práctica	» RODOLFO DE GAINZA (con lic.)
Anatomía Descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	» JOSÉ ARCE (interino)
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	» JUVENCIO Z. ARCE
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI (con lic.)
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» OBDULIO HERNANDEZ
Medicina Operatoria	» VACANTE
Clínica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA
» Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
» Dermat.ª y Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Neurológica	» JOSÉ M. RAMOS MEJÍA
» Médica	» LUIS GÜEMES
» Médica	» FRANCISCO A. SICARDI
» Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE (con lic.)
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Medicina Legal	» FRANCISCO DE VEYGA
Clínica Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Clínica Médica	» ABEL AYERZA
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Obstétrica	» ELISEO CANTÓN

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	DR. D. J. GREENWAY
Física Médica	» JUAN JOSÉ GALIANO
Química Médica	VACANTE
Botánica Médica	VACANTE
Química aplicada á la Medicina	VACANTE
Histología teórico-práctica	» JULIO G. FERNANDEZ
	» ALOIS BACHMANN (en ejerc.)
Anatomía Descriptiva	VACANTE
» »	VACANTE
Semiología y ejercicios clínicos	» MANUEL A. SANTAS
Anatomía Topográfica	VACANTE
Fisiología General y Humana.	» MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	» JOSÉ BADÍA (en ejerc.)
Bacteriología	» JUAN CÁRLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica.	VACANTE
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE (en ejerc.)
Clínica Ginecológica	» ALFREDO LAGARDE
	» JOSÉ F. MOLINARI
» Oto-rino-laringológica.	» WENCESLAO TELLO
	» ELISEO V. SEGURA
» Dermat.ª y Sifilográfica	» M. ABERASTURY
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON
Patología interna	VACANTE
Clínica Oftalmologica	» TEÓFILO A. MORET
	» ENRIQUE DEMARÍA(en ejerc.)
» Epidemiológica	VACANTE
» Quirúrgica	» DANIEL J.CRANWELL
	» AVELINO GUTIERREZ
	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELO VIÑAS
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
» Neurológica	» JOSÉ A. ESTEVES
	» JOSÉ R. SEMPRUN
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
	» PEDRO BARBIERI
Clínica Médica	» PATRICIO FLEMING
	» RICARDO COLÓN
	» LUIS AGOTE
Clínica Obstétrica	» ENRIQUE A. PARDO
	» ENRIQUE ZÁRATE
	VACANTE
	VACANTE
Toxicología Experimental	VACANTE
Clínica Pediátrica	» ANTONIO F. PIÑERO
	VACANTE
» Génito-urinaria	» BERNARDINO MARAINI
» Psiquiátrica	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL T. GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MÚJICA
Química inorgánica aplicada..	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada....	FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	» JUAN A. BOERI
Física farmacéutica.....	JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada.....	VACANTE
Botánica y Mineralogía.....	VACANTE
Química inorgánica aplicada..	VACANTE
Química orgánica aplicada....	VACANTE
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física farmacéutica.....	VACANTE
Química Analítica y Toxicológica (primer curso).....	VACANTE
Técnica farmacéutica.....	VACANTE
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas..	VACANTE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstetrica Parto distócico y Clínica Obstétrica	DR. FANOR VELARDE

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Parto distócico y Clínica Obstétrica	» SAMUEL GACHE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	DR. LEON PEREYRA » N. ETCHEPAREBORDA (con lic.)

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal...	VACANTE VACANTE

PADRINO DE TESIS

Dr. TEÓFILO A. MORET

PROFESOR SUPLENTE DE CLÍNICA OFTALMOLÓGICA

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

Señores Consejeros:

Señores Profesores

Al presentar á vuestra consideración este modesto trabajo que versa sobre conjuntivitis granulosa, no me anima otra pretensión que la de cumplir con el último requisito que el reglamento de la Facultad exige, para optar al título de doctor en Medicina.

A los señores profesores, mi profundo agradecimiento por los buenos consejos y sabias lecciones que me prodigaron. Especialmente al Dr. Teófilo A. Moret, quien además de haberme facilitado los datos necesarios para la confección de esta tesis, me dispensa el alto honor de acompañarme como padrino en este solemne acto,

HISTORIA

La conjuntivitis granulosa ú oftalmía de Egipto como se la llamaba, por creerla originaria de ese país donde reina como en todo el Norte de Africa en forma endémica; se supone que sea oriunda de esa comarca y que ya en la antigüedad debe haber sido bien conocida y seguramente estudiada, pero la destrucción de la célebre biblioteca de Alejandría, ha hecho desaparecer todas las pruebas que hubieran podido proyectar alguna luz al respecto de esta hipotesis, que tiene en su favor el hecho de que á principios del siglo pasado cuando Napoleón lleva á cabo la campaña de Egipto, sus soldados poco tiempo después de llegar allí, adquieren una violenta enfermedad de la vista y cuando éstos regresan á Europa, aparece por primera vez en los ejércitos de todos los países esta enfermedad bajo forma endémica.

Sin embargo esta creencia es destruída por investigaciones posteriores, que demuestran la exis-

tencia en Europa de la conjuntivitis granulosa bajo forma endémica; en efecto, Hipócrates en su libro «De la Visión», describe la enfermedad y su tratamiento; y Celso igualmente nos ha dejado una buena descripción de las rugosidades de los párpados y de la secreción purulenta que la acompaña.

El tracoma existía por consiguiente en Europa como enfermedad endémica desde mucho tiempo atrás. Pero durante las guerras napoleónicas, las tropas se encuentran tan á menudo en contacto las unas con las otras y con la población civil, que la enfermedad se propaga de una manera alarmante y se hace epidémica, llegando en algunos países como en Inglaterra, Prusia y Rusia á atacar á la mayor parte de su ejército y población; pero donde el mal adquiere más incremento es en Bélgica, donde sobre cada cinco soldados había uno tracomatoso, incremento que llama la atención de su gobierno el cual nombra una comisión médica de la que hacía parte el célebre oculista de Berlín doctor Jüngken, los cuales opinan que se debía licenciar á los soldados enfermos; puesta en práctica semejante idea, aconteció que la enfermedad se propaga por todo el territorio, transportada por esos soldados licencíados.

ANATOMÍA DE LA CONJUNTIVA

La conjuntiva que tapiza la cara posterior de los párpados y anterior del globo ocular, forma un saco, llamado saco conjuntival y deja una abertura para constituir la hendidura palpebral. Se acostumbra á dividirla según la región á que se encuentra adherida; así la que cubre al tarso es la conjuntiva tarsal, la que rodea al globo ocular se llama conjuntiva bulbar y la unión de estas dos para constituir una tercera porción, se le llama *fondo de saco* conjuntival.

La conjuntiva que cubre la cara posterior del tarso es de superficie liza, ténue y le adhiere íntimamente. En razón de su tenuidad es posible ver por transparencia las glándulas de Meibomius que se encuentran implantadas en el tarso.

La de los *fondos de saco*, es la parte más laxa de la conjuntiva por su abundancia en tejido conjuntivo, permitiendo á la membrana formar repliegues, facilitando de esta manera el libre movimiento del globo ocular.

La conjuntiva bulbar más delgada, pasa por delante de los tendones de los cuatro músculos rectos. Unida á la esclerotica por una capa de tejido conjuntivo laxo, se confunde insensiblemente con la porción anterior de la cápsula de Tenon. Llegada á la periferia de la circunferencia de la córnea, la conjuntiva se adhiere más intimamente para formar el *limbo conjuntival* á la vez de perder su corión, pasa luego á cubrir toda la superficie de la córnea modificándose en su estructura histológica: pierde su corión y solo cubre á la córnea la capa epitelial.

El microscopio demuestra que la conjuntiva de los párpados y la del fondo de saco está tapizada por un epitelio cilíndrico estratificado. La mucosa es de naturaleza adenoidea, es decir, que en estado sano contiene una gran cantidad de células redondas (corpúsculos linfáticos) que se multiplican notablemente en ocasión de toda inflamación de la conjuntiva.

En el tarso esta mucosa es menos espesa, el tejido conjuntivo más duro, la adherencia que se establece entre el tarso y la conjuntiva es más fuerte, más íntima.

La conjuntiva que tapiza la esclerótica es igualmente delgada. el tejido sub-epitelial, el corión es poco abundante.

La conjuntiva se encuentra irrigada por numerosos vasos que le vienen de los órganos vecinos y podemos considerarlos divididos en dos territorios para aclarar más su descripción:

1º. Un gran territorio comprendiendo á la vez la porción palpebral, su cuello de saco y gran parte de la porción bulbar. Este territorio se encuentra irrigado por las diferentes arterias, que se distribuyen en los párpados; le llamaremos territorio palpebral.

2º. Otro territorio más pequeño, correspondiendo á la circunterencia de la córnea y comprendiendo la porción de la conjuntiva situada fuera de la circunferencia en una extensión de 3 á 4 milímetros; este es el territorio ciliar. Se encuentra en efecto irrigado por las arterias ciliares anteriores y no tiene sino relaciones indirectas con los párpados, estando por el contrario intimamente ligados á los músculos ciliares y al iris en el cual se terminan las ciliares anteriores.

Aunque unidos en sus confines por anastomosis los dos territorios conservan en los procesos patologicos cierta independencia. Es por esto que la inflamación de la conjuntiva que corresponde al territorio palpebral es influenciada por las afecciones del párpado; y por otra parte, la red pericornea ó periquerática poco visible en las condiciones ordinarias, se inyecta casi siempre en las afecciones inflamatorias de la córnea y del iris, adquiriendo entonces el aspecto de una bandeleta rosada (circulo periquerático) dispuesta al contorno de la córnea transparente.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Parece demostrado que el contagio de la conjuntivitis granulosa depende de ciertos microorganismos ó más bien dicho de un microbio especial que queda aún por descubrirse.

Numerosos autores se han dedicado al estudio bacteriológico del tracoma sin que hayan llegado hasta el presente á un resultado definitivo. Entre estos autores citaremos á Satler, Leber, Haab, Kock, Kunchersky, Michell, Cartulis, Poncet, Morax, etc. Sus investigaciones han dado resultados que lejos de ser idénticos son en su mayor parte contradictorios. Para los unos, el microbio del tracoma sería un diplococo semejante al de Neisser, asociado á finos bacilos (bacilo de la xerosis) constatados en la secreción muco-purulenta; para los otros, sería un diplococo especial diferente del de la blenorrágia.

Ante las divergencias de opiniones sobre la patogenia microbiana de esta enfermedad, estudiaremos su etiología bajo el punto de vista clínico.

La mayoría de los autores sostienen basados en numerosas observaciones, que el modo más evidente de propagación es el *contagio directo*, es decir de un ojo atacado de conjuntivitis granulosa á un ojo sano ó aun enfermo de una afección conjuntival pasajera pero que es un terreno predispuesto á la granulosis.

Truc cree que en muchos casos las oftalmías preliminares han sido constatadas.

El contagio se produce por el transporte de la secreción y se concibe fácilmente que cuando es abundante esta secreción, habrá más probabilidad de que se produzca el contagio.

El transporte de la secreción del ojo enfermo al sano se opera de diversas maneras, por los dedos, toallas, esponjas, pañuelos, etc., que han estado en contacto con el ojo enfermo.

Este contagio se observa con mayor frecuencia, en los cuarteles, cárceles, colegios, etc., en donde á veces hacen uso común de los diversos objetos que hemos enumerado.

Cuando en algunos de estos establecimientos llega á desarrollarse la afección, sinó se toman las medidas profilácticas necesarias, todos ó casi todos sus habitantes son atacados.

En lo concerniente al *tiempo aproximativo* de la incubación, se ve en los cuarteles que ésta se hace en un tiempo mínimo de uno ó dos meses. En tres enfermeros contaminados la enfermedad se pronunció después de cinco ó seis horas (Crainiciano).

Está probado que los escrofulosos están más predispuestos á adquirir esta afección. Se ha hecho intervenir, la raza, la situación geográfica, etc., como factores que aumentan ó disminuyen la predisposición á la infección. Así en Arabia y Egipto es más frecuente la conjuntivitis granulosa. En Europa es más frecuente en Oriente que en Occidente.

En los paises de Altitud la conjuntivitis granulosa es casi desconocida, mientras que es común en las llanuras.

En cuanto á la distribución de la conjuntivitis granulosa entre nosotros se puede decir que esta afección existe en las ciudades importantes de la República, tendiendo actualmente á extenderse á otras localidades, así por ejemplo en la provincia de Tucumán empieza á observarse algunos casos de tracoma favorecidos por la conjuntivitis catarral aguda contagiosa, que aparece anualmente á la entrada del invierno y que hace considerables estragos entre la población pobre de la ciudad y campaña de esa provincia. Respecto á las razas hay autores que piensan que determinadas razas son inmunes. Así Chibret cree en la inmunidad de la raza Celta.

Entre nosotros no figura negro alguno atacado de conjuntivitis granulosa.

En lo corcerniente á la edad he aquí una estadística hecha sobre mil enfermos por Crainiciano.

2	enfermos	de	6 meses	75	enfermos	de	10 á 14 años
9	»	»	1 año	89	»	»	15 » 19 »
8	»	»	2 »	125	»	»	20 » 29 »
15	»	»	3 á 5 años	645	»	»	30 años
32	»	»	6 » 9 »				

Esta estadística demuestra que la conjuntivitis granulosa es relativamente escasa en los primeros años de la vida y que alcanza su mayor frecuencia á los 30 años de edad.

En cuanto á la frecuencia relativa de la conjuntivitis granulosa con las demás afecciones de la conjuntiva, una estadística del Dr. Moret da el siguiente resultado:

Sobre 7513 enfermos de la conjuntiva hay 1791 granulosos, repartidos de la manera siguiente: hombres 880; mujeres 698; niños 213.

Argentinos 620; extranjeros 1171.

Entre los extranjeros predominan los italianos y españoles.

SINTOMATOLOGÍA Y COMPLICACIONES

SINTOMATOLOGÍA

El comienzo de la conjuntivitis granulosa es en la mayoría de los casos silencioso y su marcha esencialmente crónica.

Los enfermos se quejan de fotofobia, lagrimeo y aglutinación de los párpados y á veces de dolores y perturbaciones ligeras de la visión.

Lo primero que llama la atención, cuando se examinan estos enfermos, es la caída del párpado superior. Esta ptosis se produce por que el párpado superior siendo más pesado que en el estado normal, desciende.

En algunos enfermos ambos párpados se encuentran descendidos, y por más esfuerzos que hagan no consiguen elevarlos.

En otros, un solo ojo es atacado y hay un contraste notable entre el ojo sano y el enfermo, cuya hendidura palpebral aparece más estrecha.

Al iniciarse la enfermedad, la conjuntiva bulbar presenta una ligera hiperemia que más adelante aumenta considerablemente y se acompaña de una secreción no muy abundante, la que con la evolución de la enfermedad disminuye paulatinamente hasta desaparecer por completo.

Si llevamos adelante nuestro exámen invirtiendo el párpado superior y ordenando al mismo tiempo al enfermo que dirija su mirada hácia el suelo de manera á poner á descubierto el fondo de saco conjuntival, pueden presentársenos dos tipos clínicos:

1°. conj. granulosa { á nódulo visible / » » oculto por papilas (forma papilar)

2°. Conjuntivitis granulosa á infiltración generalizada.

A nódulo visible.—Esta forma está caracterizada por la presencia de granulaciones tracomatosas. Son granulaciones grises, traslucidas, redondas, que levantan en hèmisferio las capas superficiales de la conjuntiva y que se dejan ver por transparencia á través de estas capas. Es á causa de su estado traslucido y gelatiniforme, que se les ha comparado á huevos de rana ó á granos de sagú cocido. Se las encuentra sobre todo en el fondo de saco, donde las granulaciones son tan abundantes que hacen salida bajo la forma de un rodete turgescente y duro, cuando se invierte el

párpado inferior. Al nivel del rodete se ve algunas veces las granulaciones dispuestas en hilera como las perlas de un collar. Es más difícil reconocer las granulaciones tracomatosas sobre la conjuntiva del tarso. Aqui son más pequeñas y como la conjuntiva está muy adherida al tarso, las granulaciones no pueden levantarla. De esto proviene que aparezcan lo más amenudo como pequeños puntos claros, amarillentos, situados en la capa profunda de la mucosa; pero muy amenudo el desarrollo de las papilas las sustrae completamente á la observación (Fuchs).

A nódulo oculto (forma papilar).—Está caracterizada por presencia de elevaciones de nueva formación ocupando la superficie de la conjuntiva, que toma así un aspecto aterciopelado, ó que cuando las papilas son muy desarrolladas parece granulosa ó en forma de pavimento. El espesamiento de la conjuntiva es tal, que es imposible ver las glándulas de Meibomius sub-yacentes. Esta forma se encuentra exclusivamente en la conjuntiva del tarso.

En la forma que designamos con el nombre de infiltración granulosa generalizada no nos es dable distinguir nódulo granuloso alguno.

El párpado espesado y blanduzco no ofrece resistencia para la eversión á pesar de su aumento de espesor, pues cayendo con toda flaxidez se deja tomar y manejar con entera facilidad, apareciendo entonces la superficie conjuntival lisa y brillante

mate con escasos pliegues del fondo de saco, de una coloración rojiza uniforme, no destacándose ningún foco linfoideo granuloso; diríase una conjuntiva hiperemiada y edematosa.

Con poca secreción muco-purulenta, con empujes agudos de tiempo en tiempo, sigue la marcha crónica característica de la forma nodular y presenta las mismas complicaciones de la conjuntiva bulbar, el panus clásico, las ulceraciones corneanas, etc., con la particularidad de la frecuencia de estas últimas bajo la forma de ulceraciones superficiales y localizadas generalmente al segmento medio superior de la córnea.

Un caso que hemos tenido ocasión de ver en la clínica privada del Dr. Moret respondía en absoluto al tipo descrito, después de ocho años de observación y tratamiento sin que sea dable ver ninguna traza de cicatriz, ni de retracción cicatricial de la mucosa, hecho que constituye otra de las características de este grupo clínico.

No tenemos elementos anatomo-patológicos de juicio, pero la forma que llamamos prejuzgando si se quiere conjuntivitis granulosa, á infiltración generalizada se impone clínicamente. (Véase obs. número 5).

Hemos dicho que la evolución de la conjuntivitis granulosa es esencialmente crónica, pero á menudo es interrumpida por empujes agudos durante los cuales la conjuntiva ocular se inyecta, la inflamación y el lagrimeo aumentan y una abundante se-

creción muco-purulenta se agrega á los fenómenos precedentes.

Esta abundante secreción tiene por causa la irritación de la conjuntiva por infección, microorgánica, estafilocócica estreptocócica, neumocócica, á bacilos de Weecks, de Friedlander, de Morax, etc.

COMPLICACIONES

El dolor y las perturbaciones de la visión de que se quejan los enfermos, son debidas á las siguientes complicaciones: el panus y la úlcera de la córnea ó de ambas á la vez.

El panus tracomatoso es un tejido de nueva formación de aspecto gelatinoso y muy vascular, que se dirije desde los bordes al centro de la córnea. A este nivel, la superficie de la córnea se presenta levantada irregularmente y presentando el aspecto de una opacidad gris translúcida. Estos vasos no son sino ramificaciones de los que nutren á la córnea y que de su limbo pasan á la córnea, subdividiéndose en el panus. En su trayecto se deslizan en un 50 °/₀ de los casos sobre la membrana de Bowmann y en el otro 50 °/₀ por debajo de dicha membrana.

El panus comienza en la mayoria de los casos al nivel del borde superior de la córnea recubriendo esta mitad y con el progreso de la afección, el panus se desarrolla sobre los otros puntos de la circunferencia hasta cubrirla en su totalidad.

En algunos casos cuando este panus es muy desarrollado, el proceso inflamatorio ataca también al iris. Es cuando llega al campo pupilar de la córnea que los enfermos empiezan á sentir las primeras perturbaciones de la visión, pudiendo en algunos casos percibir unicamente la torma de los gruesos objetos y cuando la lesión está muy avanzada, no distinguen más que la oscuridad de la claridad.

La segunda complicación que se observa es la úlcera, que puede situarse ya sobre una parte de córnea aun sana ó al nivel del del panus mismo. En este último caso, su sitio de preferencia es el borde libre del panus y más raramente en su centro. Esta ulceración á la manera de las otras ulceras córneas, puede presentarse á grados variables; desde la simple descamación epitelial hasta la ulceración profunda.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

«*Las alteraciones anatómicas* consisten, en el tracoma, en una hipertrofia papilar de la conjuntiva palpebral y en el desarrollo de las granulaciones tracomatosas. Los casos en los cuales aparece tal ó cual forma de hipertrofia de la conjuntiva, se los consideraba en otros tiempos como enfermedades distintas, y se distinguía entre un tracoma papilar (llamado igualmente blenorrea crónica ú oftalmia purulenta crónica) y un tracoma granuloso (tracoma verdadero, ó de Arlt, ó folicular). Cuando las dos formas estaban mezcladas, se hablaba de tracoma mixto.

Actualmente, el tracoma es una sola y única enfermedad, que lleva igualmente el nombre de conjuntivitis granuloea.

Estas hipertrofias *papilares*, que dan á la conjuntiva su aspecto aterciopelado, resultan de un aumento de la superficie de la conjuntiva en vía de hipertrofia. Esta se dispone en pliegues, entre los

cuales se forman surcos más ó menos profundos; sobre un corte transversal, estos pliegues toman la forma de papilas. El tejido conjuntivo que forma las papilas encierra células redondas; la superficie de las papilas está revestida de un epitelio fuertemente espesado. Este penetra naturalmente en las depresiones que se encuentran entre las papilas. Estas depresiones tienen tambien, sobre cortes microscópicos, el aspecto de canales estrechos, cubiertos de epitelio, y han sido por este motivo considerados como glándulas tubulosas. De allí la opinión de que, en el tracoma se forman glándulas nuevas. De cierta manera, esta opinión es exacta: sin duda, las depresiones entre las papilas no son glándulas, pero no es menos cierto que las paredes de estas depresiones forman tubos que, penetran más adelante en el tejido conjuntivo, y están revestidas de epitelio y no presentan por consiguiente diferencia con las verdaderas glándulas.

La hipertrofia papilar de la conjuntiva no es característica del tracoma. Se la encuentra, en efecto aunque menos marcado, en toda irritación inflamatoria de larga duración de la conjuntiva, así en el catarro crónico, en la conjuntivitis eczematosa inveterada, en el ectropión sobre la parte expuesta al aire, después de la blenorréa aguda, cuando dá lugar á la blenorréa llamada crónica, etc. Gruesas papilas, pero aplastadas, caracterizan el catarro primaveral.

En un corte microscópico, las *granulaciones tra-*

comatosas aparecen constituidas por agrupaciones redondas de celulas, entre las cuales se puede reconocer un retículo de tejido conjnntivo muy fino. Las celulas son en su mayoría linfocitos; en el interior de la granulación se ve diseminado gruesas celulas (celulas epiteteliodes y fagocitos). Ya las granulaciones tracomatosas se pierden insensiblemente, sin límites visibles en el tejido circunvecino, igualmente muy rico en celulas; ya son encerradas cuando son antiguas en una cápsula incompleta de tejido conjuntivo. La suerte ulterior de las granulaciones tracomatosas es variable. Las unas se transforman progresivamente en un tejido conjuntivo denso, otras se reblandecen en el centro y se vacían hácia afuera, mientras que se destruye el epitelio que las recubre; la pérdida de sustancia que resulta se cierra por cicatrización (Raehlmann).

Las investigaciones histologicas demuestran que el *panus* está constituído por una capa de tejido conjuntivo de nueva formación que, del limbo se extiende sobre la córnea. Esta capa está constituído por un tejido blando, extraordinariamente rico en células, que tiene la mayor analogía con la conjuntiva tracomatosa infiltrada. Este tejido es muy vascularizado ya más espeso, ya más delgado lo que hace que la superficie del panus aparezca desigual. Al comienzo, el panus se encuentra entre la membrana de Bowman y el epitelio que está separado de esta membrana y recubre la superficie del panus. El tejido córneo propiamente dicho preser-

vado por la membrana de Bowman intacta no cambia de naturaleza. Asi es que después de la reabsorción del panus la córnea puede adquirir su estructura normal y su perfecta transparencia; en efecto, el epitelio se reaplica inmediatamente á la membrana de Bowman. Muy frecuentemente el panus atraviesa la membrana de Bowman, la destruye ó invade con su tejido celular las capas superficiales de la córnea. Entonces el restablecimiento completo de la transparencia de la córnea se hace imposible».

DIAGNÓSTICO

Se puede decir de una manera general que el diagnóstico del tracoma es fácil. La caída del párpado superior, el panus de la córnea limitado á la parte de esta membrana que se encuentra en contacto con dicho párpado y la existencia de las granulaciones en las conjuntivas tarsal y fondo de saco; constatadas con la inversión del párpado; no dejan en la mayoría de los casos ninguna duda sobre la existencia de esta afección.

El diagnóstico diferencial del tracoma con la conjuntivitis folicular es fácil teniendo en cuenta el cuadro sintomático de esta afección.

La conjuntivitis folicular se caracteriza por la presencia de elevaciones redondas, diáfanas, del tamaño de una cabeza de alfiler ó un poco mayor, dispuestas en líneas que siguen los pliegues de la mucosa y se situan de preferencia en los fondos de saco conjuntivales sobre todo el interior; lo que lo distingue de las granulaciones verdaderas que tie-

nen por sitio de predilección el párpado y fondo de saco superiores. Sobre el tarso estas elevaciones son poco numerosas, menos voluminosas y poco elevadas. Desaparecen sin dejar rastros de su existencia.

Por último, existe otra afección de la conjuntiva que puede por su semejanza inducir en error en el diagnóstico de las granulaciones y es la *conjuntivitis primaveral*. Sin embargo, si al principio se asemeja por la hipertrofia papilar de la conjuntiva de los tarsos al tracoma, por el conjunto de sus síntomas y su evolución, se puede distinguir ambas afecciones.

Esta afección presenta como caracteres especiales: la conjuntiva del tarso está cubierta de papilas hipertrofiadas anchas y aplastadas dispuestas en forma de pavimento, cubiertas de un fino velo de color azulado; la conjuntiva bulbar presenta nudosidades ó hipertrofias conjuntivales de color bruno, de apariencia gelatinosa, que se situan sobre los bordes interno y externo de la córnea no siendo raro encontrarlos situados todo alrededor de esta membrana, formando relieve que sobrepasa ligeramente sobre la córnea pero limitada á la periferia, quedando el resto de la membrana al estado normal. La marcha de la afección, sus empujes y exasperación en primavera, la mejoría y desaparición en invierno, la ausencia de toda complicación, su pronóstico benigno, constituyen un cuadro sintomatológico muy diferente de la sintomatología que caracteriza el tracoma.

CONSECUENCIAS DEL TRACOMA

Unicamente los casos benignos y aquellos que han sido tratados metódicamente desde su comienzo curan completamente.

En otros casos, en los que la afección ha sido grave y el tratamiento tardío ó mal dirigido, la afección deja tras sí consecuencias que pueden situarse sobre los párpados conjuntiva y córnea.

Incuvración de los párpados. Triquiasis y entropión.—A consecuencia de la retracción cicatricial de la conjuntiva y de la degeneración grasosa del tarso, el párpado se incurva hacia adentro. A simple vista se observa que la convexidad del párpado se halla aumentada.

Invirtiendo el párpado y sobre todo el superior, se encuentra la conjuntiva surcada de cicatrices, llamando la atención la presencia de una línea estrecha y blanca que corre paralelamente al borde libre del párpado á 2 ó 3 milímetros por encima de él. A lo largo de esta línea, existe una depresión

que interesa á la conjuntiva y al tarso formando un surco.

Dejando caer al párpado á su posición primitiva, se siente en el sitio correspondiente al surco la incurvación angulosa del fibro-cartílago.

La incurvación del tarso es debida á dos causas: á la retracción cicatricial de la conjuntiva y á alteraciones del tarso mismo. En efecto, en los casos graves el tarso se encuentra infiltrado participando del proceso inflamatorio. Es sobre todo cerca de su borde libre, que el tarso se infiltra y principalmente á lo largo de la línea en que los vasos que van á la conjuntiva lo perforan de adelante hacia atrás. A lo largo de estos vasos la infiltración inflamatoria se propaga de la conjuntiva al tarso. Por consiguiente la degeneración grasosa que sigue á la infiltración adelgaza y acorta el tarso, produciendo su incurvación.

El resultado de la incurvación del párpado es la modificación de la dirección de su borde libre y de las cilias que lleva implantado. El borde libre del párpado superior no se dirije hacia abajo sino hacia abajo y atrás, ó sea hacia adentro. Esta deformación del tarso modifica igualmente la dirección de las cilias que se desvían de la dirección normal y se dirijen de la misma manera hacia abajo y atrás, poniéndose en contacto permanente con la córnea: es la *triquiasis*. Un grado más avanzado de esta incurvación del párpado constituye el *entropión*. Este contacto permanente de las cilias

con la córnea en la triquiasis y el entropión, produce una irritación que si persiste largo tiempo, puede llegar á producir ulceraciones.

Esta incurvación no alcanza el mismo grado de desarrollo en ambos párpados: es menos marcado en el párpado inferior por ser más pequeño y por lo tanto, es menos interesante bajo el punto de vista patológico.

Simblefaron posterior.—A consecuencia de las cicatrices, la retracción de la conjuntiva de los fondos de saco hace desaparecer los pliegues, de tal manera que la mucosa pasa directamente de los párpados al globo ocular. En los casos graves, este saco se encuentra reducido á un simple surco, situado entre los párpados y el bulbo, dificultando por consiguiente el libre movimiento del globo-ocular. Esto es lo que constituye el simblefaron posterior.

Opacidades de la córnea.—Se observa algunas veces casos de panus recientes, que se reabsorben completamente con restitución de la transparencia de la córnea. Pero no siempre las cosas pasan de esta manera y en los panos antiguos, en donde casi todas los capas de la córnea han sido atacadas, como después de las ulceraciones córneas, aparecen cicatrices y opacidades.

Estas cicatrices y opacidades pueden ocupar una parte ó la totalidad de la córnea, á veces complicados de sinequias anteriores, otras veces hay deformación y ectasia de esta membrana,

TRATAMIENTO

Este capítulo lo dividimos para mayor comodidad de la descripción en tres partes: la primera comprende el tratamiento de la conjuntivitis granulosa, la segunda el de sus complicaciones y la tercera el de sus consecuencias y con especialidad la *Triquiasis* y el *Entropión.*

Tratamiento de la conjuntivitis granulosa.—Teniendo en cuenta que el tracoma es una afección contagiosa antes de ocuparnos de su tratamiento diremos dos palabras á cerca de su profilaxia.

Una vez hecho el diagnóstico de la afección se advierte al enfermo, el peligro que existe de contaminar á las personas que le rodean sino observa las prescripciones siguientes:

Disponer de objetos y ropas de toilete, destinados á su uso personal y exclusivo. Entre estos objetos está comprendido el reservorio destinado á las abluciones de la cara.

Si la afección está limitada á un solo ojo se le

recomienda no colocar toda la cara en el agua y no secarse el ojo sano con la misma tohalla.

Evitar de llevar los dedos á los ojos ó secarlos con el pañuelo. Lavarse las manos con jabón después de la toilete de los ojos ó después de haberlos tocado.

El tratamiento de la conjuntivitis granulosa depende del estado en que se presente el enfermo. Si la afección se acompaña de una abundante secreción se comienza por combatir esta última para después seguir con el tratamiento de las granulaciones.

En este caso el medicamento de elección es el nitrato de plata en solución al 2 °/₀.

Esta solución no debe emplearse bajo la forma de colirio pues tendría peligrosas consecuencias para la córnea, sino aplicándola localmente de la manera siguiente:

Se invierten los párpados superior é inferior y se pasa sobre ambas conjuntivas tarsales un pincel embebido de la salución de nitrato de plata ó á falta de este, un hisopo que lleva en una de sus extremidades una vuelta de algodón y que es lo que se usa en los servicios hospitalarios. Después de esta aplicación se hace un abundante lavaje con una solución de formol al 1 por 2.000. Esta misma solución de formol sirve para los lavajes oculares practicados durante el día.

Una vez agotada la secreción purulenta se sigue con el tratamiento de la conjuntivitis granulosa propiamente dicha.

Para llevar á cabo la destrucción de las granulaciones disponemos de dos medios; los cáusticos y los procedimientos quirúrgicos.

Creemos que cuando existen abundantes granulaciones debe empezarse por el tratamiento quirúrgico para después continuar con el médico.

El agente terapéutico específico puede decirse que es el sulfato de cobre. Este se emplea bajo la forma de lápiz y del modo siguiente: Después de haber invertido ambos párpados se pasa el lápiz de sulfato de cobre sobre las conjuntivas tarsales y fondos de saco y se hace inmediatamente un abundante lavaje con una solución de bicloruro de hidrargirio al 1 por 4.000. Esta solución servirá para los lavajes que deben efectuarse durante el día. Estas aplicaciones se practican al comienzo todos los días, después día por medio y á medida que se avanza se van espaciando las curaciones. Este tratamiento debe seguirse hasta obtener la sanación.

De entre los diversos procedimientos quirúrgicos empleados para combatir esta afección, no describiremos más que el de la «Expresión», por ser uno de los más usados y el que hemos visto practicar en el servicio de Oftalmología del Hospital de Clínicas.

Invertido el párpado y previa anestesia local con cocaína, se hace una escarificación superficial de las granulaciones lo que facilitará el trabajo de la expresión. El instrumento usado es la pinza estribo de Knapp; cuyas ramas están provistas de roda-

jas móviles. Se toma el tarso invertido y el fondo de saco entre las ramas de la pinza y se hace deslizar ésta en diversas direcciones hasta terminar con la expresión de todas las granulaciones.

Terminada la operación se practica un abundante lavaje con la solución de bicloruro de hidrargirio.

Tratamiento de las complicaciones.—Las úlceras de la córnea se tratan como las úlceras en general, no presentando nada de particular en esta afección.

Si la úlcera es pequeña y superficial, es decir, si no hay más que una descamación epitelial, se hace uso de una pomada de iodoformo al uno por ciento, ordenando al mismo tiempo la oclusión del ojo atacado siempre que no haya una abundante secreción.

Si por el contrario la úlcera es más profunda, se emplea una pomada de bioxido de hidrargirio en la misma proporción que la anterior, fomentos calientes y un colirio de atropina para impedir que el proceso inflamatorio se propague al iris.

Un panus ténue y superficial no necesita un tratamiento especial. Es necesario hacer el tratamiento de las granulaciones que son su causa y una vez desaparecidas éstas, la córnea adquiere su trasparencia normal.

En caso de panus espeso y ancho, después de haber destruido las granulaciones ya sea por expresión ó por los cáusticos y por consiguiente modificado la mucosa conjuntival; se hacen las curacio-

nes cada tres ó cuatro días y se prescribe el uso diario de la pomada de bioxido de hidrargirio.

Uno de los medicamentos que más se ha empleado, pero que hoy día poco se usa para combatir el panus, es el Jequirity.

Su acción irritante sobre la conjuntiva y la córnea es debida á un principio activo, la *abrina*. Esta provoca sobre la mucosa conjuntival una inflamación intensa, una *oftalmía sustitutiva*. Su uso está particularmente indicado en el panus muy vascularizado total ó parcial de la córnea. Está contraindicado cuando el panus se acompaña de fenómenos inflamatorios, de una secreción abundante y de úlceras de la córnea.

El inconveniente que se opone al empleo de este medicamento, es la falta de dosaje.

No se sabe con qué dosis se puede obtener la reacción necesaria para que desaparezca el panus. Cuando esta reacción es muy intensa sobrevienen graves complicaciones del lado de la córnea. Esta reacción violenta aparece recién á las 24 ó 48 horas de la instilación del medicamento.

Roemer ha preconizado el empleo de un suero anti-abrínico ó jequiritol-suero, en los casos en que la reacción de la conjuntiva es excesiva.

Este suero parece ser extremadamente activo cuando precede ó acompaña la absorción de la abrina, pero su acción es dudosa cuando han pasado 24 ó 36 horas de la aplicación del jequirity.

Tratamiento de las consecuencias del tracoma.— Como hemos visto en uno de los capítulos anteriores, la *triquiasis* y el *entropion*, pueden aparecer como consecuencia de la conjuntivitis granulosa.

Numerosos procedimientos quirúrgicos han sido ideados para combatir estas dos atecciones.

Pasaremos en revista los diversos procedimientos que han sido empleados.

Epilación. — Este procedimiento es aplicable unicamente cuando hay algunas cilias desviadas. El mismo paciente puede ser el operador. Emplea para ello una pinza especial llamada pinza de epilación. No es más que un tratamiento paliativo, pues al cabo de pocas semanas las cilias vuelven á aparecer.

Electrolisis.—También aplicable á la desviación parcial de las cilias. Se procede de la manera siguiente: Se coloca en el folículo una fina aguja unida al electrodo negativo y se aplica sobre el tímpano del mismo lado el positivo. Se hace pasar una corriente de cinco miliamper. Se extra la cilia que no vuelve á nacer.

Procedimiento de Desmarres.—Consiste en obtener el enderezamiento de las cilias desviadas por la retracción cicatricial que sigue á la exición de un colgajo de piel de forma ovalar practicada cerca del borde palpebral y donde se situan las cilias desviadas.

Suturas de Gaillard.—La aguja enhebrada penetra en la piel del párpado fuera de la región de las cilias y después de un trayecto sub-cutáneo de un centímetro rasando el tarso, punciona la piel de dentro afuera. El asa está colocada de tal manera, que el hilo que penetró á dos centímetros del borde marginal sale cerca de este borde.

Las extremidades del asa se anudan de manera que el párpado quede plegado horizontalmente. Se colocan de esta manera dos ó tres agujas según la extensión de la lesión, dejando que los hilos se eliminen expontáneamente.

Enderezamiento del tarso. — (Operación de Snellen). Esta operación tiene por base la extirpación de un colgajo cuneiforme de tarso.

A dos milímetros por encima del borde palpebral y paralelo á este borde, se incinde la piel en toda su extensión. Se incinden los haces inferiores del orbicular de manera á poner á descubierto el tarso. Sobre toda su longitud se exinde un colgajo en forma de cono cuya base responde á su cara anterior y el vértice á la posterior. Para coaptar las superficies de sección del tarso, se aplican suturas en asas con hilos provistos de dos agujas. Se pasa una de las agujas á traves del borde superior del tarso y se la dirije delante de la herida del cartílago, entre este y la piel, hasta el borde libre del párpado por encima del cual sale. Igual cosa se hace con la otra aguja. De esta manera el asa

se encuentra sobre el borde superior del tarso y las dos extremidades del hilo aparecen sobre el borde palpebral. Aqui se los anuda y se llevan las extremidades hacia la frente, en donde se las fija por medio de una tela adhesiva. De este modo el párpado se dirije hacia arriba.

Transplantación del suelo ciliar.—(Yasche Arlt) Se introduce un bisturí en la línea intermarginal al nivel de la línea gris que separa los orificios de las glándulas de Meibomius de las raices de las cilias. El bisturí penetra en este punto, en el tejido conjuntivo laxo situado entre el tarso y las fibras musculares del orbicular y que se divide fácilmente. De esta manera el párpado queda dividido en dos hojas en toda la extensión de la implantación de las cilias.

Separadas las cilias del tejido subyacente se encuentran completamente móviles y es posible deslizarlas hacia arriba y fijarlas en su nueva posición.

Para conseguir esto, se practican dos incisiones en la piel del párpado superior.

Las dos incisiones se dirijen paralelamente al borde libre del párpado. La primera se situa á cuatro milímetros de este borde y la segunda á cuatro milímetros de la primera. Se diseca esta lengueta que queda adherida á la piel por sus dos pedículos, respetando las fibras musculares sobre que reposa.

Se tienen de esta manera dos colgajos, el uno superior y el otro inferior. Se practica su cruzamiento deslizando el superior por debajo del inferior para que venga á ocupar el lugar dejado por este que se lleva hacia arriba y se sutura en su nueva posición. De este modo se impide que la implantación de las cilias vuelva á descender.

Operación de Panás.—Este autor ha ideado dos procedimientos operatorios para el *entropion;* uno para el párpado superior y el otro para el inferior: He aquí como los describe:

Párpado superior.—«Cloroformado el enfermo aplicamos la placa de cuerno en el fondo de saco correspondiente y la confiamos á un ayudante que debe mantenerla fuertemente aplicada contra la cara posterior del párpado para prevenir la hemorrágia. Un garfio punteado independiente ó haciendo parte de la placa es introducido cerca del borde libre del tarso y sirve para desarrollar el párpado verticalmente. Se practica entonces á 3 milímetros por encima de la línea de las cilias una incisión horizontal, que se extiende de la comisura externa al punto lagrimal correspondiente.

«La sección interesa la piel y el músculo orbicular lo que pone al descubierto la cara anterior del tarso fuertemente incurvado y amenudo espesado».

«Tomando con la mano izquierda una pinza á dientes de ratón, se toma el colgajo ciliar que se diseca con el bisturí bajo el orbicular, hasta que

se aperciban netamente las raíces de las cilias reconocibles por su color. Es necesario tener cuidado de no ir más adelante para no desdoblar el borde libre, como en la operación de Yaesche-Arlt.»

«Se diseca de la misma manera el labio superior de la incisión hasta poner á descubierto el borde adherente del tarso y el ligamento suspensor ó aponeurosis órbito-tarsal. Un garfio sirve para llevar hacia arriba la piel con el orbicular y facilitar la colocación de los hilos.

«Si el tarso es poco incurvado y suficientemente elástico, se le respeta. Lo más ordinariamente está incurvado, y antes de aplicar las suturas se le hiende horizontalmente al bisturí en todo su espesor y comprendida la conjuntiva y de una extremidad á la otra; una sección menor no es admisible sino cuando la incurvación es parcial. La hendidura debe ser perpendicular á las dos caras del tarso, nuestro objeto es hacer bascular las dos mitades en sitio y no producir el cabalgamiento del inferior sobre el superior como en el procedimiento de Hotz.

«La disposición de las suturas es la siguiente: se comienza por *arponar* con la primera aguja el ligamento suspensor y el tarso en su parte media; la aguja semicurva es deslizada bajo el pequeño colgajo músculo-cutáneo inferior y sale en el borde libre, inmediatamente detrás de la línea de las cilias. Se colocan cuatro puntos de sutura en la

misma forma, dos á derecha y dos á izquierda.

«Estirando las dos extremidades de cada hilo se hace remontar el pequeño colgajo cutáneo y con él el borde ciliar que se ectropiona ligeramente; no queda entonces más que anudarlos. El labio superior de la incisión cutánea dejado libre se coapta por sí mismo al inferior suturado al tarso.

«En lugar de cortar los hilos al ras de los nudos, disponemos las extremidades paralelamente para fijarlas sobre la frente con colodio.

«Terminada la operación, se aplica un vendaje oclusivo formado de gaza salolada y algodón seco, todo mantenido en sitio por algunas vueltas de venda.

«Al cabo de tres á cuatro días se sacan las suturas y se proteje el ojo por una simple venda negra flotante.»

Párpado inferior.—«Para este párpado hemos instituìdo otro procedimiento basado en la constitución anatómica diferente de éste.

«Aquí el tarso y la aponeurosis poco desarrollados no pueden proveer al colgajo transplantado una toma suficiente. De allí la necesidad de dirigirse á las partes blandas de la mejilla que, gracias á su espesor y su adherencia á los huesos provee un excelente punto de apoyo. El orbicular teniendo más tendencia á entropionar este párpado, sacaremos una parte y todas las veces que

el tarso esté fuertemente incurvado, lo hendiremos en longitud, como el superior.

«El procedimiento se ejecuta de la manera siguiente: dos incisiones verticales comprendiendo la piel y el músculo orbicular son practicadas hacia afuera y hacia adentro y unidas entre sí por una tercera horizontal de manera á constituir una H. Se disecan los dos colgajos cuadrados, el *superior* hacia los bulbos de las cilias, el inferior hacia la base del párpado. La porción pre-marginal del orbicular es entonces escindida de manera á poner á descubierto la cara anterior del tarso que se secciona si es necesario sobre la placa de cuerno. Después de haberse dado cuenta de la extensión de párpado que merece ser acortada, para obtener el enderezamiento necesario, se saca con tijeras una parte del colgajo inferior y se reunen horizontalmente por cuatro á cinco puntos de sutura los dos labios cutáneos entre sí, teniendo cuidado de hacer salir las agujas hacia atrás de la línea de las cilias.»

PROCEDIMIENTO DEL PROFESOR LAGLEYZE

Descripción.—«Se instilan algunas gotas de una solución de cocaina, á fin de insensibilizar la conjuntiva palpebral é inyección de la misma solución bajo la piel del párpado á operar.

Tecnica.—«Los instrumentos necesarios son: un porta-agujas, un bisturí, una tijera y un hilo de se-

da enhebrado en un número variable de agujas curvas de unos 3 centímetros de largo cada una. Para el entropion total se emplean 5 ó 6 agujas; para el entropion parcial se disminuye el número proporcionalmente á la extensión del entropion.

«Después de la asepsia de la región, se procede de la siguiente manera:

1er. tiempo. Inversión del párpado, de modo que el borde superior del tarso se presente facilmente en el campo operatorio.

2º. tiempo. Penetración de las agujas en la conjuntiva, á nivel del borde superior del tarso. Se introducen enseguida las agujas resbalando entre el fibro-cartílago y la piel en el tejido celular y en el músculo orbicular, para salir por el borde libre palpebral á nivel del ángulo de implantación de las pestañas.

«Se dejan las agujas en su lugar y dispuestas como en la amputación de Chibret. Se colocan á igual distancia, se empezará á colocar la del medio para tener más libertad, sin estar obligado á emplear una mano para mantener la inversión del párpado, enseguida se colocará alternativamente las vecinas, partiendo del centro para llegar á los ángulos de la abertura palpebral.

3er. tiempo. Incisión de la conjuntiva y del tarso paralelamente al borde del tarso, á 3 milímetros casi del borde libre y de una extremidad á otra si se trata de un entropion total. En los entropiones parciales se hará una incisión proporcional á

la extensión de la deformidad, prolongando siempre la incisión más allá de los límites del entropion.

«La incisión es hecha con el bisturí, á fondo, hasta las agujas y no se olvidará que el éxito depende en gran parte de una buena división del tarso.

4.º Tiempo. Se concluye de pasar todas las agujas y por tracciones ejercidas sobre cáda una de ellas, se pone bien en contacto las ansas con la cara profunda de la conjuntiva. Inmediatatamente de retiradas las agujas el párpado vuelve á su posición primitiva. Los cabos de los hilos que salen del borde palpebral deberán ser separados de modo á obtener cinco ansas si se ha empleado seis agujas, y los cabos que se correspondan serán respectiva y fuertemente apretados sobre un pequeño rollo de gasa. Gracias á esta precaución, el borde libre no se altera; las suturas no se pierden en medio de los tejidos ulcerados y podrán ser sacados fácilmente.

«Se tiene también la ventaja de conseguir un enderezamiento por una acción más uniforme sobre toda la longitud del párpado, lo que no tiene lugar con la sutura á puntos separados y apretados directamente sobre el borde palpebral. Las ventajas de esta sutura se deben á que las ansas se siguen sin solución de continuidad, en número igual al de las agujas empleadas menos una. Se sacan las suturas al cabo de 7 á 8 días».

Este procedimiento tal como acabamos de hacer su transcripción, es el que hemos visto practicar en el servicio de Oftalmología del Hospital de Clínicas tanto por su autor como por el Dr. Moret durante su interinato en la cátedra.

Las ventajas que presenta este procedimiento son las siguientes: Ausencia de cicatriz exterior, de hemorragia y de dolor, rapidez y simplicidad en la ejecución, pues se practica con anestesia local, y sirve para ambos párpados.

Hace doce años que se practica en dicho servicio y la mejor prueba de su bondad es que los libros no registra ningún caso de recidiva.

PRONOSTICO

El pronóstico de la conjuntivitis granulosa depende de las complicaciones que pueden presentarse, de la duración de la enfermedad y del tratamiento instituido.

Los casos recientes y metódicamente atendidos por un tratamiento racional ofrecen un pronóstico favorable.

Hemos visto que las úlceras de la córnea pueden dejar tras sí opacidades de cuya extensión y situación depende como se comprende el pronóstico de la visión.

En los viejos granulosos se observan las más peligrosas consecuencias, como entropion y triquiasis, estenosis de la hendidura palpebral, xerosis conjuntival, simblefaron, estafilomas córneos, etc.

Los tratamientos mal dirijidos tienen una influencia considerable sobre el pronóstico, en el sentido de hacerlo poco benigno. En efecto, el uso inmoderado de los cáusticos puede dar lugar, como

en la terminación expontánea del tracoma, á la producción de un tejido cicatricial retractil muy abundante, que puede producir las diversas consecuencias que hemos enumerado.

OBSERVACIONES

SERVICIO DEL PROFESOR LAGLEYZE

I

R. C., argentino, viudo, 45 años, sombrerero, ingresó al servicio el 24 de Noviembre de 1904.

Antecedentes.—No recuerda haber tenido ninguna enfermedad de la vista, más que la que lo aqueja al presente que data de dos años.

Estado actual.—Párpados tumefactos, secreción abundante, numerosas granulaciones. El panus muy espeso ha invadido ambas córneas en su totalidad.

Tratamiento.—El mismo día se practica la expresión de las granulaciones con anestesia por el procedimiento de Gutman.

II

J. L., italiano, casado, de 54 años de edad, jornalero, ingresa al servicio el 24 de Noviembre de 1904.

Antecedentes.—La enfermedad data de un año y medio y la adquirió en San Paulo (Brasil). Fué tratado con lápiz de sulfato de cobre obteniendo alguna mejoría.

Estado actual.—A. O. Presentan panus muy marcado, edema palpebral, gran número de granulaciones y secreción abundante.

Tratamiento.—A. O. Expresión de las granulaciones. Anestesia por el procedimiento de Gutman. (Noviembre de 1904).

III

S. M., español, cochero, soltero, de 25 años de edad, ingresa al servicio el 20 de Enero de 1905.

Antecedentes.—Empezó la enfermedad hace 4 meses estando en el Paraguay, por dolores lancinantes en el ojo derecho, que le impedían el sueño, lagrimeo continuo con sensación de cuerpo extraño.

Estado actual.—O. D. Secreción abundante, edema del párpado, abundantes granulaciones úlcera de la córnea.

Tratamiento.—Pomada de iodoformo, fomentos, atropina y lavajes con bicloruro de hidrargirio.

Febrero 21 de 1905. Se hace expresión de las granulaciones.

IV

J. J., italiano, peón, casado, de 40 años de edad, ingresa al servicio el 24 de Noviembre de 1905.

Antecedentes.—La enfermedad la adquirió estando en la Boca hacen 4 años.

Estado actual.—A. O. Abundantes granulaciones, panus y úlceras de la córnea.

Tratamiento.—Diciembre 1.º de 1905. A. O. Expresión de las granulaciones.

V

B. M., argentino de 14 años de edad, se presenta al consultorio particular del Dr. Moret el 12 de Abril de 1898.

Se enfermó hace un año aproximadamente.

Diagnóstico.—A. O. Conjuntivitis granulosa á infiltración generalizada.

Desde esa época ha seguido con constancia el tratamiento; sobre la base de sulfato de cobre. En 1903 se practicó la expresión pero sin obtenerse modificación alguna en la marcha de la afección que ha respondido al cuadro clínico que describimos en su lugar.

Como dato en apoyo del diagnóstico de *granuloso* establecido tomamos constancia de la Srta.

B. Raquel, natural de Argelia de 16 años, hermana de Mauricio que se hallaba en tratamiento desde Noviembre de 1896, atacada de queratitis granulosa en ambos ojos, con conjuntiva palpebral y fondos de sacos cicatriciales. Operada por triquiasis del ojo derecho en Marsella 2 años antes y presentando triquiasis parcial en el ojo izquierdo.

VI

C. C., italiano, 23 años de edad, casado, sastre, ingresa al servicio el 19 de Enero de 1903.

Antecedentes. — La enfermedad data de cuatro años.

Estado actual.—A. O. Cicatrices de tracoma, ulceraciones superficiales de la córnea.

Triquiasis de ambos párpados superiores.

Tratamiento.—Enero 29. Se practica la operación de la triquiasis del ojo derecho por el procedimiento del Profesor Lagleyze.

Febrero 9. Se hace igual cosa en el párpado del ojo izquierdo. A los siete días se sacan los puntos.

El 7 de Marzo de 1903 está curado y se le da el alta.

VII

M. S., italiano, soltero, jornalero de 24 años de edad, ingresa al servicio el 5 de Junio de 1904.

Antecedentes. — Su enfermedad data de nueve años. Hacen seis años que le incomodan las pestañas.

Estado actual.—A. O. Hay nefelium, entropion de ambos párpados superiores consecutivo á tracoma.

Tratamiento.—Junio 16. Se opera el párpado superior del ojo derecho por el procedimiento del Profesor Lagleyze.

Junio 30.—Se hace lo mismo con el otro párpado. En ambos párpados se sacan los puntos á los seis días.

Julio 8 de 1904. Alta, curado.

VIII

N. P., español, soltero, peon, de 40 años de edad, ingresa al servicio el 23 de Noviembre de 1905.

Antecedentes.—Hacen dos años que se enfermó en Puan (Provincia de Buenos Aires).

Estado actual.—O. I. Párpado inferior, entropion consecutivo á conjuntivitis granulosa.

Tratamiento.—Noviembre 29. Se practica la operación del entropion por el procedimiento del profesor Lagleyze.

Diciembre 9 de 1905. Alta, curado.

IX

N. H., argentino, soltero, de 13 años de edad, ingresa al servicio el 16 de Enero de 1906.

Antecedentes. — La enfermedad data de cinco años y la adquirió estando en el Rosario.

Estado actual.—A. O. Pocas granulaciones; hay algunas cicatrices, panus y úlceras superficiales de la córnea. Entropion de ambos párpados superiores.

Tratamiento.—Sulfato de cobre.— Lavajes con solución de bicloruro de hidrargirio. Se operan ambos párpados por el procedimiento del profesor Lagleyze.

Febrero 21/906.—Curado. Se le dá el alta.

X

F. M., español, casado, peón, de 44 años de edad, ingresa al servicio el 18 de Abril de 1906.

Antecedentes. — La enfermedad la adquirió en España hace diez años. Hace cinco años que le molestan las pestañas.

Estado actual.—A. O. Cicatrices de tracoma. Entropion de ambos párpados superiores.

Tratamiento.—Abril 28.—Se opera el entropion del párpado superior del ojo izquierdo.—Mayo 10 de 1906. Se hace igual cosa en el derecho. En ambos se usa el procedimiento del Prof. Lagleyze. Mayo 20/906.—Curado, se le da el alta.

NICOLÁS CHIRIANI

Buenos Aires, Abril 25 de 1907.

Nómbrase al Consejero Dr. Jaime R. Costa, al Profesor en ejercicio Dr. Enrique Demaría y al Profesor suplente Dr. Eliseo V. Segura, para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. CANTON
R. S. Gomez

Buenos Aires, Mayo 11 de 1907.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta n.º 1748 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la ordenanza vigente.

E. CANTON
R. S. Gomez

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Depilación electrolítica del borde ciliar.

II

Formas clínicas de la conjuntivitis granulosa.

III

¿Tienen tratamiento quirúrgico las conjuntivitis granulosas?

BIBLIOGRAFIA

TESTUT..... *Traité d'anatomie.*

P. LAGRANGE..... *Precis d'ophtalmologie.*

RECLUS, KIRMINSON..... *Pathologie Externe.*

FUCHS..... *Ophtalmologie.*

PANÁS..... *Maladies des Yeux.*

HOURMOUZIADÉS..... *De la conjonctivite granuleuse, Paris, 1902.*

CRAINICIANO..... *La conjonctivite granuleuse dans l'etat actuel de la science. Paris, 1905.*

TERSON..... *Chirurgie oculaire.*

F. LAGRANGE Y E. VALUDE *Enciclopedie française de ophtalmologie.*

LAGLEYZE..... *Archives d'ophtalmologie.*

I. A. CRESPO..... *Conjuntivitis granulosa. Tesis, 1893. B. Aires.*

R. GUERRICO..... *El Jeguirity. Tesis, 1883. B. Aires.*

MORET..... *Memoria del II Congreso Pan-Americano. Méjico, 1896.*