

Breve Contribución al Estudio Etiológico de la Flictenulosis Ocular.

TESIS

PRESENTADA ANTE LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

MARIANO ZECEÑA MOLINA

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA

DE

MÉDICO Y CIRUJANO

NOVIEMBRE DE 1919

GUATEMALA—AMÉRICA CENTRAL

Imprenta «Minerva.»—Centro Editorial.
Pasaje de Aycinena, Números 6, 8 y 10.

INTRODUCCIÓN

Varias causas nos han inducido a escoger como tema de este trabajo la Flictenulosis Ocular:

1º—La frecuencia de la afección en nuestra clase proletaria, produciendo gran número de víctimas, en su mayor parte niños, que podrían escapar a ella, en cierto grado, por la simple observación de los preceptos higiénicos que mencionaremos en su oportunidad.

2º—El hecho de haber observado en la época de los terremotos, una verdadera epidemia de la enfermedad que trataremos y

3º—La circunstancia de que todas nuestras observaciones han coincidido en un punto, que procuraremos hacer resaltar y del cual se ocupan, solo y con poco detalle, dos de los autores consultados.

Nada diremos de la sintomatología de la enfermedad, por ser tan conocida del cuerpo médico y porque no difiere, en absoluto, la que hemos observado, de la descrita en los tratados de Oftalmología. Suprimiremos también las descripciones anatómicas de la conjuntiva y de la córnea, membranas donde radica principalmente la lesión primordial, por juzgarlas de poca importancia bajo el punto de vista que perseguimos, y en obsequio a la brevedad.

Nos concretaremos en resumen, a lo que se relaciona con la etiología de la Flictenulosis, exponiendo sucesivamente en este sencillo trabajo, las opiniones sostenidas por los autores consultados y lo poco que podemos aportar con la observación de nuestros casos.

Bajo el nombre de Flictenulosis Ocular englobaremos para mayor claridad la sinonimia siguiente: conjuntivitis flictenular, oftalmía flictenular, oftalmía escrofulosa, oftalmía estrumosa, oftalmía linfática, conjuntivitis eczematosa, eczema de la conjuntiva, conjuntivitis linfática, conjuntivitis escrofulosa, conjuntivitis exantemática, herpes de la conjuntiva, querato-conjuntivitis flictenular eczematosa, escrofulosa. Entendiendo por aquel término la presencia de una o más flictenas en la conjuntiva o en la córnea.

La palabra flictena no es aceptable, pues el vocablo griego de donde se deriva significa vesícula, mientras que el nódulo subepitelial que se intenta describir con ella, es una eflorescencia y nunca una vesícula. Sin embargo, es la impuesta por la costumbre y la más frecuentemente encontrada en los libros y de ahí que nosotros, siguiendo esa costumbre, la adoptemos para designar, bajo su derivado, Flictenulosis, la enfermedad que nos ocupa.

Cuando años atrás Raberto Koch encontró el bacilo tuberculoso en glándulas escrofulosas, creer en la existencia de la escrofulosis como una entidad mórbida, era tan inseguro, que los médicos apenas se atrevían a pronunciar esa palabra. Pero más tarde las opiniones se han modificado, y en una interesante comunicación hecha al Congreso Oftalmológico de Oxford, en 1912, el profesor Straub de Amsterdam, se expresó como creyente en la existencia de la escrofulosis como algo aparte de la tuberculosis, o si fuera tuberculosis, ciertamente sería una forma distinta. Y, más tarde, se mostró un sostenedor convencido de la aceptación del término y de su aplicabilidad a la enfermedad en cuestión.

Nuestros predecesores conocían la escrofulosis por sus signos, no obstante que no poseían una teoría satisfactoria para explicarla, y que los resultados de la experiencia de muchas generaciones no pueden ser descartados, aún por el trabajo histológico o bacteriológico más excelente.

Por otra parte, la palabra eczematososa se encuentra en muchos libros de texto y se usa muy comunmente para distinguir esta forma de querato-conjuntivitis.

Un apoyo para su ejemplo se encuentra en el trabajo de Sydney Stephenson, pues en 765 casos de flictenulosis vistos por este autor en tres clínicas de niños en Londres, más de 63 por ciento presentaban eczema de la piel. Encontró también cambios análogos en las membranas mucosas diferentes de la conjuntiva, como las de la nariz, la boca y el paladar, y argüía que la existencia de tales cambios reforzaban la opinión según la cual, la Flictenulosis era conceptualizada como un eczema de la conjuntiva.

Concluyó de sus estudios, que esta enfermedad era debida, lejanamente, a la diátesis tuberculosa e inmediatamente, a una erupción de eczema o impétigo sobre la superficie del globo del ojo.

En contra de esto, ha sido establecido por Weekers de Lieja, que la flictena ocular es algo completamente diferente de la vesícula de eczema, de tal modo que, histológicamente, eczematososa no es un título verdaderamente descriptivo para poder ser aplicado.

La palabra escrófula en sí misma significa «un marranito» y tiene alguna analogía con el aspecto que presentan los enfermos atacados de la afección en causa.

Respecto al término Flictenulosis, ya digimos en la introducción por qué no es propio y por qué, sinembargo, lo aceptamos.

Podrá parecer un contraste el detenernos en este asunto de terminología, después de haber pasado en silencio la descripción de la enfermedad y la anatomía de las membranas que son su asiento más frecuente. No obstante, creemos que tiene importancia, por el hecho de exponer al mismo tiempo que los términos usados por los

autores, la explicación que de ellos se ha dado y las diferentes opiniones acerca del particular y, por eso, nos hemos detenido algunas líneas.

Es claro dice Cridland, que muchos de los casos de Flictenulosis muestran una excesiva proporción de mal nutridos.

El Dr. Priestley Smith comenta una estadística publicada, 14 niñas y 8 niños, en la que parecía que las casas estrechas e indecentes, la negligencia personal, suciedad, etc., asociadas a la pobreza, tuvieran una pequeña e inesperada influencia sobre la queratoconjuntivitis; y que la mala nutrición tuviera mucho que hacer en ella. (1)

Un dato interesante es que en un total de 8,575 niños, había 59 con tuberculosis definida y que *ninguno de estos últimos fué encontrado en el grupo de los enfermos de los ojos.*

La investigación de la estadística anterior, aunque pequeña muestra: 1º la gran frecuencia de casos benignos de la enfermedad; 2º que las malas viviendas (bad housing,) comprendiéndose por ésto el asinamiento, la suciedad personal, y la suciedad de la ropa, tienen efecto, pero muy pequeño, como factor causal, descubrimiento que concuerda con las investigaciones respecto a la frecuencia comparativa en varias grandes ciudades; 3º que la mala nutrición es una asociación frecuente, pero si ésta es una causa o un efecto en la evolución de la enfermedad, es todavía un problema por resolver.

«Hay sinembargo bastante evidencia para mostrar que un foco tuberculoso existe en alguna parte del cuerpo en muchos casos.»

Nias y Paton establecieron en 1906 que como resultado del examen de 50 enfermos que sufrían de Flictenulosis, el índice opsónico era descendido por la tuberculosis y ascendía a medida que la lesión mejoraba, concluyendo que las flictenas eran causadas por bacilos tuberculosos atenuados o muertos.

En 1910 Stephenson y Jamieson encontraron que en 20 niños que sufrían de flictenas, 50 por ciento presentaban signos clínicos de tuberculosis, médica o quirúrgica, mientras que 75 por ciento daban una historia de tuberculosis familiar, y los 20 casos reaccionaron positivamente a los ensayos de von Pirquet y de Moro. Stephenson encontró que de 669 casos de Flictenulosis, el tubérculo se presentaba en 31.98 por ciento.

Bywater de Preston, en el mismo año encontró que el ensayo de Moro era positivo en cada uno de 12 casos y más tarde repitió el ensayo en éstos y en tres más, pero con tuberculina bovina en vez de humana. En 13 de los 15 el ensayo fué positivo.

(1) Cridland entiende por mala nutrición la disminución de los alimentos, en calidad o cantidad, y no la carencia de ellos.

Harrison Butler en 1913 estableció que él conceptuaba la oftalmía flictenular como el resultado de una toxemia, y que una etiología tuberculosa era excesivamente probable en 70 por ciento de sus casos.

En 1912 Belenky-Raskin, de Berna, trabajando en la clínica de Siegrist, sometió cien casos consecutivos de Flictenulosis a los ensayos de von Pirquet y de Moro, resultando que la reacción de von Pirquet era positiva en 90 por ciento y la de Moro en 85 por ciento.

Davis y Vaughan, dos autores americanos, encontraron en 1912 que como resultado del examen de 40 casos de conjuntivitis flictenular, 70 por ciento daban una reacción de von Pirquet positiva y 30 por ciento negativa.

«Hay que llamar la atención sobre este 30 por ciento de resultados negativos, especialmente porque tal ensayo es de mucho más valor bajo el punto de vista negativo que positivo.»

Los autores creen que la tuberculosis es la causa preponderante en todos los casos y que la flictena ocurre solo en aquellos que están sujetos a tuberculosis, latente o de otra manera, o son candidatos a tuberculosos.

Estos datos son unos pocos de los muchos que se han dado a luz en los últimos años, pero son suficientes para dejar ver que en la mayoría de los casos la opinión de los autores es que el bacilo tuberculoso está presente, en alguna forma, en el individuo que sufre de la enfermedad. O de otra manera: que la flictena es casi un indicio seguro de la presencia de ese microorganismo.

La falta de reacción a los ensayos de tuberculina en cierto porcentaje es un hecho que no puede ser desprovisto de importancia.

¿Cómo explicar entonces la etiología de la flictena?

Todos están de acuerdo en la importancia que una dieta cuidadosa y apropiada tiene en el tratamiento del estado mórbido, refiriéndose a la asociación de disturbios gastro-intestinales como un factor más o menos constante; y es de recordar que en un gran número de casos el indicán se encuentra en exceso en la orina. (Colombo, de Parma, encontró 82 por ciento de casos de Flictenulosis que mostraban un aumento de indicán.)

Czerny en 1909 publicó un valioso artículo en el cual habló de la «diátesis exsudativa,» una condición encontrada en los niños en los primeros doce meses de la vida, y causada, creía él, por una anomalía en el poder del metabolismo de la grasa. En los primeros seis meses el estado se manifiesta por la presencia de aftas, costras de leche, lengua con figuras geográficas (geographical tongue,) y algunas veces catarro de la nariz, faringe y bronquios.

Más tarde aparece eczema y el niño es un predispuesto a las infecciones, entre las cuales, desde luego, la tuberculosis toma su lugar, aunque deba ser recordado que tal enfermedad es rara en el primer año de la vida.

Esta diátesis no es más aparente o más común en las familias tuberculosas que en otras, pero se encuentra con frecuencia en familias nerviosas. El autor considera que la sobrealimentación con leche y huevos, y también hidratos de carbono, hace aparecer los síntomas, pero que la alimentación carnívora no tiene ningún mal efecto en estos niños. Encuentra que las flictenas son comunes y constituyen un signo de esta diátesis; y que con alimentación apropiada, los síntomas desaparecen. Considera el linfatismo como el representante de la condición en su forma más severa.

Lafon de Périgueux, en 1910, suministra una contribución todavía más interesante a este respecto, la que no reproducimos en total por no excedernos en el objeto de este sencillo trabajo. Brevemente, él reconoce un grupo complejo y uno simple, en los casos de Flictenulosis, y el último lo clasifica en tres categorías:

1º—Enfermos que son ya tuberculosos cuando principia el trastorno ocular. La causa del disturbio en esta clase de atacados debe ser la toxina del bacilo tuberculoso.

2º—Enfermos libres de historia tuberculosa, familiar o personal, en quienes el disturbio ocular viene después de una enfermedad infecciosa, como sarampión, escarlatina, tos ferina, varicela, blenorragia, etc. y

3º—Enfermos libres de tuberculosis y que aparentan gozar de robusta salud cuando la oftalmía hace su aparición.

Esta tercera clase es la que Lafon ha estudiado con empeño particular y en apoyo de su existencia, Víctor Morax, de París, puede ser citado, pues opina que la Flictenulosis es observable igualmente en niños cuya salud se encuentra en el estado más resistente posible, en quienes toda infección tuberculosa local puede eliminarse con seguridad y a quienes no es dable aplicar la palabra escrofulosos.

Lafon encuentra que estos niños, aunque conceptuados sanos por sus padres, sufren de disturbios gastro-intestinales, como resultado de una alimentación inapropiada: que están sujetos a una auto-intoxicación crónica de origen gastro-intestinal y que el organismo, al tratar de desembarazarse de las toxinas, de varias maneras, provoca la formación de flictenas oculares.

La concepción de Lafon puede ser planteada como sigue: Si la oftalmía flictenular en ciertos casos es atribuible a toxinas derivadas de un foco bacilar virulento, en otros casos las lesiones pueden depender de disturbios digestivos.

Al mismo tiempo que provoca la formación de flictenas, la auto-intoxicación gastro-intestinal disminuye la resistencia del organismo contra otras infecciones. Crea un terreno favorable a la evolución de todos los microorganismos, principalmente del bacilo

tuberculoso. La conclusión de este autor es que la oftalmía flictenular puede ser debida a diferentes causas, entre las cuales la auto-intoxicación gastro-intestinal ocupa el lugar preponderante.

Tal es una breve consideración de las causas endógenas de la enfermedad; pero la posibilidad de un factor exógeno como una causa exitante, dice Cridland, no está fuera de la razón.

Ha sido bien establecido que se encuentran estafilococos en abundancia en muchos casos de conjuntivitis flictenular, pero su presencia no ha sido descubierta en las eflorescencias mismas.

¿Qué parte le corresponde a este microbio si es que tiene alguna? Es asunto no decidido.

Straub consideraba que un factor exógeno era más que probable por varias causas, sobre todo la superficialidad de las erupciones, su situación en el limbo, que deja ver cambios casi en todos los casos de conjuntivitis, y de lo cual él concluyó que es un excelente punto de ataque para la infección exógena. Y últimamente, el éxito a menudo rápido del tratamiento externo, está en favor de la presencia de este factor exógeno. Por el hecho de que los estafilococos se encuentran con tanta frecuencia, piensa que tienen un papel importante.

Se podría agregar que la simple flictena aparece muy seguido sobre la conjuntiva, en la fisura palpebral, surgiendo así una excitación externa.

Axenfeld considera que la flictena es la reacción específica del individuo escrofuloso, a toda clase de infecciones y que no hay que aceptar sólo una causa para ella. Además, hace notar que *gran número de enfermos de flictenulosis ocular presentan pediculis capitis en el cuero cabelludo.*

Gradle, de Chicago, trató con vacuna estafilocócica nueve casos de flictenulosis que presentaban recidivas, y encontró que no se aliviaban con el tratamiento ordinario, pero sus deducciones no fueron muy concluyentes.

En 1912 Rubert, de Kieff, reunió los resultados de una serie de experimentos en animales tuberculosos. Instilaciones de vacuna estafilocócica, toxinas estafilocócicas y tuberculina, fueron hechas en los sacos de la conjuntiva y se encontró que era posible producir lesiones experimentales que clínica e histológicamente se parecían a la flictena de la conjuntiva humana.

Es bueno recordar el hecho que las flictenas pueden aparecer en el curso de una conjuntivitis debida al pneumococo, al bacilo de Weeks o al diplococo de Mórax, y que las eflorescencias en sí, son las mismas histológicamente, que las encontradas en la conjuntivitis eczematosa.

No obstante que en los últimos 4 o 5 años ninguna investigación parece haberse llevado a cabo con este fin, hay algo de evidente

según piensa un autor, en lo que respecta a la existencia de una causa excitante (la que puede provocar un brote en un terreno propicio,) como de gran probabilidad.

Bernard opina como Lafon cuando dice que la flictena es la manifestación ocular de una toxemia, que en muchos casos es indudablemente tuberculosa, pero que en otro número, probablemente solo los benignos, es de origen gastro-intestinal, la exacta naturaleza de los cuales es desconocida. Según él, la flictena en la mayoría de los casos es un indicio de la presencia del bacilo tuberculoso. Pero el que *gran número de casos benignos curan por el tratamiento con antisépticos locales combinados con dieta, es un hecho difícil de conciliar con cualquiera opinión establecida, de que una toxemia tuberculosa sea la causa en todos los casos.*

El mismo autor piensa que se podría reconocer la existencia de una diátesis hereditaria, llamada exsudativa o como se quiera, pero como una condición que forma un cimiento sobre el cual la infección toma realmente lugar. La mala higiene, la alimentación inapropiada, abren el camino a la infección por los microorganismos. El bacilo tuberculoso tan anchamente esparcido, es el que mejor éxito tiene, y talvez el más apropiado para el terreno, el cual entonces toma el carácter escrofuloso. Pero otras infecciones pueden ocurrir, cualquiera de las cuales por sus toxinas, dará principio a la flictena.

En cuanto a una causa excitante, dice el autor que es más que probable que exista en todos los casos; pero si es mecánica, bacterica o nó, es imposible afirmarlo. *Tal vez pueda encontrarse un organismo desconocido.*

Fuchs dice que la conjuntivitis eczematosa es uno de los males más frecuentes del ojo y tiene su origen en la diátesis escrofulosa. Es un mal de la niñez y de la adolescencia. La enorme mayoría de niños afectados de conjuntivitis eczematosa, pertenecen a las clases más pobres. Reciben mala e insuficiente nutrición; viven en lugares húmedos y mal ventilados y están constantemente sucios.

En cuanto a la naturaleza de las eflorescencias de la conjuntivitis eczematosa, se deben retener dos hechos: 1º Las eflorescencias recientes son estériles y no contienen ni los gérmenes piógenos ordinarios ni bacilos tuberculosos. Inoculando con ellas animales testigos no se tuberculizan éstos. 2º En gran número de enfermos de conjuntivitis eczematosa, la tuberculina prueba, con raras excepciones, la presencia de la tuberculosis latente. Como causa agregada y talvez esencial hay que mencionar los disturbios del metabolismo debidos a toxinas gastro-intestinales, infecciones de la faringe o de la amígdala.

Y al final agrega este autor *«Muchos de los enfermos, que generalmente pertenecen a las clases más pobres, padecen de piojos en la cabeza, la supresión de los cuales tiene a menudo un efecto eminentemente favorable sobre el trastorno ocular.»*

En resumen, las opiniones emitidas acerca de la enfermedad que nos ocupa, por los autores consultados, son las siguientes:

1º—La flictenulosis se debe lejanamente a la diátesis tuberculosa e inmediatamente a una erupción de eczema o impétigo sobre la superficie del globo del ojo.

2º—La Flictenulosis es la manifestación ocular de una toxemia causada por un foco tuberculoso situado en cualquier parte del cuerpo.

3º—Las flictenas son causadas por bacilos tuberculosos atenuados o muertos.

4º—La flictena es casi un indicio seguro de la presencia en el organismo del bacilo de Koch.

5º—La diátesis exsudativa de Czerny tiene alguna influencia, predisponiendo a los niños en quienes se observa a contraer una enfermedad infecciosa, especialmente la tuberculosis.

6º—Los disturbios gastro-intestinales son un factor más o menos constante.

7º—La afección aparece en sujetos que han sufrido anteriormente de una enfermedad infecciosa.

8º—Es posible llegar a admitir la presencia de un factor exógeno como causa de la enfermedad.

9º—Este factor exógeno solo serviría de causa excitante que haría despertar el desarrollo de la afección.

* * *

Como se ve por lo expuesto en las líneas que preceden, varios son los autores que se han ocupado de la enfermedad de que tratamos, habiendo emitido cada uno por su parte, una opinión que algo tiene de común con las de los otros, pero sin estar totalmente conforme.

De estas opiniones se deduce, que no obstante los estudios llevados a cabo para establecerlas y las razones expuestas por los autores que las sostienen, no se puede llegar a un acuerdo en lo que respecta a cuál de todas sea la principal causa de la Flictenulosis y la que deba aceptarse como la verdadera.

Hemos tenido en cuenta en nuestro estudio todas las opiniones anteriores, y lejos de considerarlas desprovistas de importancia, creemos poder señalar una causa más, la presencia de piojos en el cuero cabelludo. Esto último constituye el principal objeto de la tesis.

Entre los autores consultados, solo dos hacen mención de los parásitos. Son Axenfeld y Fuchs.

El primero habla de ellos de manera muy breve cuando dice: «no es raro encontrar *pediculis capitis* en el cuero cabelludo de los enfermos atacados de flictenulosis.»

El segundo les concede mayor importancia, al expresarse como lo hace en el párrafo que dejamos apuntado y que reproducimos de nuevo: *«muchos de los enfermos, que generalmente pertenecen a las clases más pobres, padecen de piojos en la cabeza, la supresión de los cuales tiene a menudo un efecto eminentemente favorable sobre el trastorno ocular.»*

Nosotros, en cambio, hemos encontrado invariablemente estos parásitos en todos nuestros enfermos, coincidencia que nos ha llamado mucho la atención, por lo que trataremos de darle la importancia que en nuestro modo de ver merece.

Los enfermos en cuestión son todos los que se nos han presentado de dos años a esta fecha, especialmente los que han sido tratados en la Clínica Oftalmológica del Hospital General.

La totalidad de ellos entra en el cuadro clásico de la Flictenulosis, cuya sintomatología omitiremos por lo indicado con anterioridad, y pueden clasificarse, con algunas restricciones, en el tercer grupo considerado por Lafon. Es decir, enfermos libres de tuberculosis y que aparentan gozar de robusta salud cuando la oftalmía hace su aparición.

Sin exceptuar ninguno, encontramos en el cuero cabelludo de estos sujetos una pediculosis más o menos abundante. La cantidad de parásitos era tanto mayor, cuanto las condiciones de aseo personal y el género de vida del enfermo, dejaban más que desear. Así, tuvimos oportunidad de notar que durante los meses que siguieron a los terremotos, o sean enero, febrero y marzo de 1918, el número de los que sufrían de Flictenulosis era muy elevado. Y fué sin duda en esa época cuando la gente vivió en mayor comunidad y descuidó más de su persona. Nadie habrá olvidado que en una vivienda de pocos metros cuadrados se asilaban todos los miembros de una familia, numerosa muchas veces, y que en tales condiciones los preceptos higiénicos se hacían casi impracticables.

La enfermedad fué más frecuente en las mujeres que en los hombres; quizá porque las primeras requieren mayores cuidados para mantener limpio el pelo.

En la época a que nos referimos se presentó en la capital una verdadera epidemia de Flictenulosis, tal era la frecuencia de los casos.

En esos meses, también, apareció una epidemia de Tifus Exantemático, enfermedad en que nadie ignora el papel importante concedido a otro parásito del mismo género, el pediculis vestimenti y cuya epidemia desapareció, del mismo modo que la anterior, conforme mejoraron las circunstancias.

A medida que las condiciones de vida y los cuidados de limpieza progresaban, disminuía el número de atacados de Flictenulosis, hasta desaparecer casi por completo cuando se normalizaron las aludidas circunstancias y se restableció el relativo aseo de que goza

la clase media de nuestra sociedad. Esta desaparición fué muy notoria por la marcada disminución en la presencia de los casos coincidiendo con el restablecimiento de que venimos hablando.

Tales son, a este respecto las consideraciones hechas en globo.

En un terreno más especializado y con resultados apreciables directamente, diremos que todos nuestros casos ocurrieron en enfermos por lo general sucios y ninguno se presentó en niños que mantuvieran limpio de parásitos, el cuero cabelludo. Además, entre los que observamos con mayor detenimiento tuvimos oportunidad de notar que las flictenas desaparecían pocos días después de haberlos despojado de los parásitos, paralelamente, también, a la aplicación de los cuidados generales que manda la higiene.

Enfermos hubo en quienes observamos verdaderos brotes de flictenas cada vez que eran re infectados por los piojos.

Además, ninguno de nuestros observados, y éstos son en gran número, presentaba síntomas de tuberculosis pulmonar, ósea, o ganglionar; e inversamente, entre varios sujetos que presentaban estas enfermedades, ninguno era atacado de Flictenulosis.

Lo expuesto en las líneas anteriores nos inclina a pensar en que *la pediculosis del cuero cabelludo pueda tener una acción más o menos directa sobre la aparición de la Flictenulosis Ocular.*

En apoyo de nuestro aserto recordaremos que el profesor Chevalereaux, jefe de la clínica de Quinze-Vingts de París, siempre que se hallaba en presencia de un enfermo que sufría de Flictenulosis, buscaba cuidadosamente los parásitos en el cuero cabelludo y al encontrarlos exclamaba: *hé ahí la causa.* Pero nunca explicó su patogenia.

Los pocos casos que ocurrieron entre la clientela más acomodada (nos referimos a niños que mantenían su ropa y su persona en estado de aseo satisfactorio y que por algún descuido fueron contagiados de piojos,) encierran para nosotros una enseñanza de gran interés sobre el particular. Efectivamente, en estos niños es difícil admitir como causa de la enfermedad, el desaseo personal o de la ropa, a que muchos autores conceden gran importancia, puesto que, como acabamos de decirlo, no había tal desaseo.

En cambio, *si había parásitos, y de manera constante,* lo que constituye en nuestro modo de ver, un motivo más para dar a éstos una importancia digna de tomarse en cuenta. Insistimos. ¿De qué manera explicar la enfermedad de tales niños que no eran mal nutridos, ni tuberculosos, ni presentaban trastornos intestinales apreciables; en una palabra, carecían de todos los factores tomados en consideración en las opiniones que dejamos apuntadas? No queda sino *aceptar la influencia de los parásitos.*

Y si a esto agregamos que la aparición de las flictenas coincidió siempre con el contagio del cuero cabelludo, habremos aportado otra prueba en favor de nuestro concepto.

No queremos decir con lo anterior que todo sujeto que presente piojos en el cuero cabelludo padecerá de Flictenulosis, pero sí diremos que de nuestros enfermos flictenulosos todos tenían los parásitos.

¿Cómo obran los piojos en la producción de la enfermedad? Es sabido que éstos se nutren con sangre de su víctima, chupada en el momento del piquete y que al picar producen una vaso-dilatación local con hiperemia consecutiva, a fin de extraer la mayor cantidad de sangre posible.

Se podría pensar que al mismo tiempo que el piojo inocula la substancia vaso dilatadora e hiperemiante, inyecta también otra substancia, de naturaleza tóxica, la cual, al eliminarse por el ojo, ocasiona los trastornos que constituyen la enfermedad de que venimos ocupándonos.

Es dable pensar también, en que los parásitos puedan estar infectados de un virus específico, como el pediculis vestimenti lo está del virus tífico; o servir de huésped intermediario, como el Stegomya del virus amarillo, para no citar más.

Si no fuera posible admitir una relación de causa a efecto (que no lo pretendemos,) entre la presencia de piojos en el cuero cabelludo y la aparición, de la Flictenulosis Ocular, *sí creemos que los parásitos desempeñen un papel importante.*

Recordemos que entre los autores mencionados hay quienes opinan que un factor exógeno debe admitirse, ya como causa primera de la enfermedad, o ya como causa excitante de ella, haciéndola aparecer con todas sus manifestaciones.

¿Por qué no conceder a los piojos el papel de causa excitante? ¿Por qué no admitir, a lo menos en nuestros observados, que puedan ser el pretexto que el organismo encuentra para dejar aparecer las flictenas?

Sea como causa eficiente, predisponente o determinante, creemos que debe darse a la aparición de estos parásitos en el cuero cabelludo, una importancia digna de mención, en la etiología de la Flictenulosis Ocular, y agregamos nuestro contingente para declarar guerra a muerte contra tan maléfico como repugnante ametabólico, vector de quién sabe cuántos otros trastornos.

* * *

Finalmente, tratemos de tomar en consideración las opiniones principales de los autores, referidas en la página 22, relacionándolas con lo que hemos observado en nuestros enfermos.

Las cinco primeras tienden todas a un mismo punto, es decir, hacer de la tuberculosis la causa preponderante.

Es cierto que gran número de las observaciones que figuran en los libros, mencionan la diátesis tuberculosa como causa predisponente y el advenimiento de alguna afección de la piel (eczema o impétigo,) como causa ocasional.

Relacionar satisfactoriamente esta concepción con nuestros casos observados, equivaldría a establecer de una manera clara lo que en esta circunstancia debemos comprender por la palabra diátesis y hasta qué punto los trastornos que ese término supone, pondrían influenciar a nuestros enfermos.

Todos saben cuánto se ha escrito para tratar de descartar lo que es la tuberculosis en sí y lo que constituye la verdadera diátesis. No es esta la oportunidad para hacerlo y mucho menos tratándose de asunto que requiere un cúmulo de conocimientos tan profundos y bien cimentados.

Sí diremos que muchos de nuestros enfermos son niños cuyo desarrollo es defectuoso y en quienes sería muy fácil la aparición de una enfermedad infecciosa. Sin embargo, en ninguno de ellos encontramos signos clínicos de tuberculosis y muy pocos son los que presentan otras lesiones que los autores asignan a los que padecen de la enfermedad, como son el infarto ganglionar, las vegetaciones adenoides, el aumento de grosor de los labios, etc.

En cuanto a que la causa inmediata de la Flictenulosis sea una erupción de eczema o impétigo sobre la superficie del globo del ojo, ya hemos apuntado con anterioridad los resultados obtenidos por Weekers en sus estudios, quien estableció que la flictena ocular es algo completamente diferente de la vesícula de eczema, y cosa parecida podríamos decir respecto a que fuera una vesícula de impétigo.

Además, entre nuestros enfermos no hemos encontrado quienes padezcan de eczema, ni en los párpados, ni en las manos, ni en la nariz, que son las partes donde más comúnmente aparece en los casos de que hablan los autores.

Suponiendo que las flictenas fueran causadas por bacilos atenuados, la inoculación de sus productos en animales testigos, puestos en condiciones favorables, debería dar por resultado, la aparición en ellos de la enfermedad en causa. Muchos autores se han ocupado en hacer estas inoculaciones sin haber llegado a obtener resultados positivos.

Respecto a la diátesis exsudativa de Czerny, podemos decir que en nuestros enfermos nos fué imposible investigar entre sus antecedentes, las lesiones en que el autor hace consistir esa diátesis, por el hecho de que tales lesiones aparecen en los primeros seis meses de la vida y nuestros casos se refieren a niños comprendidos entre 2 y 12 años. Dice también el autor que después de las lesiones en cuestión aparece eczema y acabamos de exponer que la vesícula de eczema no puede identificarse con la flictena. En fin, la diátesis de que hablamos, concluye por preparar un terreno propicio para las enfermedades infecciosas, entre las cuales debe considerarse en primera línea la tuberculosis, y es sabido de todos que tal enfermedad es rara en los primeros meses de la vida.

La gran mayoría de los autores que hacen de la tuberculosis, en cualquiera de sus formas, la causa preponderante de la enfermedad, han obtenido resultados positivos, en casi la totalidad de sus experimentos, al efectuar la reacción de von Pirquet o la de Moro, como indican las estadísticas que dejamos apuntadas.

Si queremos recordar, veremos también que un autor llama la atención de manera muy especial sobre una estadística en la que el 30 por ciento de los examinados dieron reacción negativa, y hace notar la importancia de estos resultados que se apartan de los generalmente obtenidos.

Nosotros hemos practicado sistemáticamente el ensayo de von Pirquet, en todos nuestros enfermos, *habiendo obtenido en la totalidad un resultado negativo.*

La técnica empleada es conocida de todos y en ella hemos usado tuberculinas frescas y de fechas diferentes para no poder atribuir a la calidad de éstas los resultados de que hablamos.

Por otra parte, todos también han curado rápidamente con antisépticos locales combinados con dieta adecuada.

Estos dos hechos hacen pensar (y en eso están de acuerdo con Bernard,) en que, *por lo menos en nuestros observados, no es aceptable la idea de que la toxemia tuberculosa sea la causa de la enfermedad.*

Que los trastornos gastro-intestinales sean un factor importante, no es del todo excluible en lo que respecta a nuestros enfermos. En efecto, en varios de ellos hemos encontrado antecedentes intestinales, debiendo advertir que ha sido en un corto número, y no en la mayoría como lo exponen los autores que de esto tratan.

Muchos, y entre ellos Colombo, han encontrado en gran número de casos un exceso de indican en la orina, y es de advertir que consideran este exceso como el indicio de la presencia de fermentaciones intestinales.

Nosotros hemos investigado en todos nuestros enfermos, de manera cuidadosa, la presencia en la orina del exceso de este compuesto, sin haber podido en ninguno de los casos, ponerlo en evidencia; hé aquí otro hecho que también escapa a la regla general, por lo menos en lo que respecta a nuestras observaciones, haciendo admitir que en ellas *tampoco los trastornos intestinales son su causa preponderante.*

En cuanto a que la Flictenulosis sea causada por la presencia de enfermedades infecciosas anteriores, es un asunto difícil de dilucidar de manera satisfactoria, puesto que es muy raro el niño que en una u otra oportunidad no haya padecido de alguna de las enfermedades en cuestión, sobre todo la coqueluche y el sarampión, tan frecuentes entre nosotros, y que, por otra parte, no sería posible determinar hasta qué punto las infecciones antedichas influenciaban a la aparición de la Flictenulosis y de qué modo actuaban en ésta.

Haremos notar sí, que varios de nuestros observados no ofrecían entre sus antecedentes las enfermedades de que hablamos, pero de ésto no podemos deducir ninguna consecuencia.

Respecto a que un factor exógeno sea la causa de la enfermedad, es una opinión de un corto número de autores. Algunos han querido considerar el estafilococo como el agente principal, por el hecho de haberlo encontrado en las flictenas en algunos casos. En cambio, muchos han sido aquellos en que ni el estafilococo ni otro agente microbiano, se han encontrado en las flictenas, no obstante haberlos buscado con detenimiento y precisión.

Y por último; en cuanto a que tal factor exógeno sirva únicamente de causa excitante que haga desarrollar la enfermedad, ya expusimos anteriormente las razones que nos inclinan a conceder a los piojos ese papel.

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES

Para evitar repeticiones fastidiosas y que no tendrían mayor interés sobre el particular, resumiremos en las líneas siguientes el resultado de nuestras observaciones, por todo punto análogas.

El número de enfermos de que tenemos datos exactos, examen clínico completo y en quienes hemos podido seguir el curso de la enfermedad, es de 32, de los cuales 19 mujeres y 13 hombres.

Todos son niños comprendidos entre 1 año 8 meses, el menor, y 12 años 3 meses, el mayor. Todos tenían piojos en el cuero cabelludo y presentaban el cuadro clínico clásico de la Flictenulosis Ocular.

Entre los que pudimos investigar antecedentes hereditarios, ya examinando directamente a sus padres, ya recogiendo datos de quienes acompañaban a los niños, no encontramos signos de tuberculosis pulmonar, ósea o ganglionar, así como tampoco ninguna manifestación que dejara ver los trastornos en que los autores mencionados hacen consistir la causa de la enfermedad.

La mayoría de los enfermos eran de la clientela del Hospital General, es decir, niños en quienes los cuidados de aseo dejaban bastante que desear. Pero hacemos ver muy especialmente que también forman parte de este grupo niños de la clientela privada en quienes el contagio de los pediculis hubo de verificarse accidentalmente.

El examen clínico hecho en todos no denotaba la existencia de un foco tuberculoso pulmonar, óseo, ganglionar, etc.

En la totalidad investigamos la presencia en la orina de un exceso de indicán y practicamos la cutireacción de Von Pirquet, obteniendo siempre un resultado negativo.

En el cuerpo de la tesis no hicimos mención especial del tratamiento de la Flictenulosis, por haber sido nuestro objeto preferente ocuparnos de su etiología. Sin embargo diremos que este fué el mismo aconsejado en tales casos, dando también un resultado uniforme.

Comenzábamos por hacer una limpieza rigurosa del cuero cabelludo, despojándolo de los parásitos. Administrábamos después un purgante seguido de dieta apropiada. Hacíamos en la conjuntiva y en la córnea aplicaciones locales de un colirio de atropina-dionina y masajes con pomada de óxido amarillo de mercurio.

Con este tratamiento las flictenas desaparecían siempre en un lapso de tiempo que fué de 4 días, como mínimun, y 12 como máximun.

Por ser este también un momento oportuno, hacemos notar que no conocemos ninguna lesión tuberculosa que ceda y cicatrice con un tratamiento local y en tan corto tiempo.

El infrascrito hace constar que las observaciones mencionadas en esta tesis son auténticas.

(f.) R. PACHECO LUNA.

CONCLUSIONES

1. En nuestros enfermos, la causa de la Flictenulosis Ocular parece no ser ninguna de las que asignan los autores consultados.
2. Todos los enfermos sin excepción, presentaban una pediculosis más ó menos abundante del cuero cabelludo.
3. El ensayo de von Pirquet fué negativo en la totalidad de los observados.
4. Igualmente negativo fué el resultado de la investigación en la orina de un exceso de indicán.
5. Todos curaron, y en corto tiempo, por la supresión de los parásitos y la aplicación de antisépticos locales.
6. Si no pretendemos sentar como causa única de la enfermedad, la presencia de los parásitos, sí llamamos muy especialmente la atención sobre esta coincidencia, que podría ser la causa excitante que los autores invocan, iniciando un estudio que más tarde podrá concluir con el establecimiento de la verdadera etiología de la Flictenulosis Ocular, y por ende de su tratamiento más apropiado, asunto que nos ha parecido de importancia.

M. Zeceña M.

BIBLIOGRAFÍA

Axenfeld.—Traité d'Ophthalmologie.

E. Sergent.—Technique Clinique Médicale et Séméiologie
2^e édition.

G. E. de Schweinitz.—Diseases of the Eye. Seventh
Edition 1913.

Hofrat Ernst Fuchs.—Text Book of Ophthalmology.
Translation From the Twelfth German Edition, New
York 1917.

Paul Roemer.—Text Book of Ophthalmology, New
York 1917.

The American Encyclopedia and Dictionary of Ophthal-
mology. Vol. V, Chicago Cleveland Press 1914.

The British Journal of Ophthalmology. Vol. II, April 1918.

The British Journal of Ophthalmology. Vol. III, April 1919