

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, América Central.

Conjuntivitis Agudas a Germen Conocido y a Tipo  
Clínico Definido en Guatemala. Tratamiento Profiláctico  
de la Conjuntivitis Neonatorum con Penicilina.

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA  
DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
POR

GUILLERMO WYLD GÁNDARA

Ex-interno de los servicios: Cuarta de Medicina de mujeres.—Oftalmología de mujeres.—Urología.—Emergencia y Otorrinolaringología del Hospital General.

EN EL ACTO  
DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1947.

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE  
8ª Avenida Sur N° 30.

# PLAN DE LA TESIS

## INTRODUCCION

### PRIMERA PARTE

#### CAPITULO I.—SEMIOLOGIA DE LAS CONJUNTIVITIS

- 1.—Anatomía y Fisiología.
- 2.—Examen de la Conjuntiva.
- 3.—Examen bacteriológico.
- 4.—Examen Anatómo-Patológico.
- 5.—Biomicroscopía.

### SEGUNDA PARTE

#### CAPITULO I.—ESTUDIO CLINICO DE LAS CONJUNTIVITIS EN GENERAL

- A.—Definición.
- B.—Clasificación.
- C.—Síntomas principales que caracterizan a las conjuntivitis.

#### CAPITULO II.—CONJUNTIVITIS CATARRALES AGUDAS A GERMEN CONOCIDO Y TIPO CLINICO DEFINIDO.

- A.—Definición.
- B.—División.
- C.—Estudio de cada una en particular.

### TERCERA PARTE

#### CAPITULO I.—OBSERVACIONES Y CONCLUSIONES.

## INTRODUCCION

Entre las enfermedades más frecuentemente observadas en Oftalmología, están las conjuntivitis.

De todos los médicos es sabido que, muy a menudo, se presentan enfermos atacados de estas enfermedades. Los casos abundan en nuestro medio, y es por ello que decidí emprender este trabajo, teniendo como base, no únicamente lo que todos podemos encontrar y leer en los tratados sobre Oftalmología, sino lo que observamos en nuestros pacientes.

Mi trabajo se circunscribe al estudio de la conjuntivitis aguda, a germen conocido y a tipo clínico definido. Las demás formas de conjuntivitis las podrá hallar el lector, con acumulación de detalles, en los grandes tratados de Oftalmología.

En esta tesis expongo un tratamiento profiláctico nuevo de la conjuntivitis neonatorum con Colirio de Penicilina, habiéndome dado muy buenos resultados.

# PRIMERA PARTE

## CAPITULO I

### Semiología de las Conjuntivitis.

Este capítulo comprende el estudio de las conjuntivitis desde el punto de vista semiológico. Principiaré por dar algunos datos de Anatomía y Fisiología, necesarios para la buena comprensión de los síntomas dados por las Conjuntivitis; después daré algunas explicaciones de importancia para el examen de la conjuntiva, también una descripción del examen bacteriológico del Anatomopatológico y de la Biomicroscopía.

#### 1.—ANATOMIA Y FISILOGIA

La conjuntiva es una membrana, transparente, que tapiza la cara posterior de los párpados, replegándose sobre ella misma para formar los fondos de saco y extenderse sobre la superficie anterior del globo ocular; se llama conjuntiva porque une los párpados al globo ocular.

A la conjuntiva se le consideran tres porciones: la primera, llamada conjuntiva palpebral o tarsal que tapiza la cara posterior de los párpados; la segunda, llamada bulbar u ocular que tapiza el segmento anterior; y la tercera, los fondos de saco o fórnix que queda entre la palpebral y la bulbar.

La conjuntiva palpebral es transparente, de color rojo o rosado, y se adhiere íntimamente a la cara posterior de los tarsos. Se continúa con la conjuntiva de los fondos de saco, al nivel del borde adherente de los tarsos, sin línea de demarcación.

Desde el punto de vista anatómico la conjuntiva palpebral está constituida por dos capas; una epitelial superficial de células cilíndricas más o menos aplanadas y otra profunda o dermis constituida por numerosas formaciones papilares que le dan a la conjuntiva un aspecto aterciopelado.

En la conjuntiva de los fondos de saco se encuentra también la misma capa superficial, pero las células epiteliales se encuentran en hileras celulares redondas o poliédricas. La dermis se encuentra formada por una estroma conjuntivo, infiltrado de células linfáticas.

En la conjuntiva bulbar el epitelio tiene los caracteres de pavimentoso o estratificado, constituido por muchas hileras de células, una capa superficial constituida por células aplanadas, una mediana formada por células poligonales, y una profunda o generatriz, de células cilíndricas cortas.

En la conjuntiva bulbar, la dermis conjuntival está formada por finas y alargadas travéculas de tejido conjuntivo, dispuestas oblicuamente lo que hace que la conjuntiva pueda desplazarse en todo sentido.

Las glándulas de la conjuntiva son de dos clases: unas acinosas, llamadas glándulas de Krause localizadas en la vecindad del borde adherente de los tarsos, entre éstos y los fondos de saco. Las otras glándulas son tubulosas, se llaman de Henle, pero hay que advertir que su existencia es discutida.

*Vascularización.*—Su estudio es de interés, pues sólo así comprenderemos la razón de una inyección conjuntival y de la inyección periquerática. La conjuntiva se encuentra irrigada por dos sistemas vasculares completamente independientes. Uno es el sistema vascular mayor o externo, otro el sistema vascular menor o interno.

El territorio vascular mayor o externo de la conjuntiva está constituida por dos arcos arteriales. Uno, el tarsal inferior y superior para la conjuntiva del párpado superior, otro llamado simplemente arco tarsal, para la del párpado inferior.

El arco tarsal inferior da ramas perforantes, que perforando el cartílago tarso, irrigan la conjuntiva tarsal, vecina al surco sub-tarsal y a los bordes ciliares. El arco tarsal superior da igualmente ramas perforantes que irrigan la conjuntiva en la vecindad del borde adherente o superior del tarso. De este arco se desprenden las arterias conjuntivales posteriores, que irrigan la conjuntiva bulbar y los fondos de saco; estos vasos terminan en las vecindades del limbo corneano, más o menos a cuatro milímetros de éste, allí se anastomosan con las arterias conjuntivales anteriores, ramas recurrentes de las ciliares largas anteriores, originadas a su vez, de las musculares y que forman el territorio vascular interno o menor de la conjuntiva.

El arco tarsal del párpado inferior se comporta como el del párpado superior.

El territorio vascular interno o menor corresponde a la circunferencia de la córnea. Este pequeño territorio es alimentado por las arterias ciliares anteriores que caminan en la superficie de la esclerótica, más o menos dos milímetros del limbo corneano, perforan la esclerótica y van a formar el círculo arterial mayor del iris. En el punto de perforación las ciliares anteriores dan ramas

para la conjuntiva, unas son las llamadas arterias conjuntivales anteriores que irrigan la periferia conjuntival, otras son las conjuntivales posteriores que tienen el mismo papel. Vemos claramente que existen dos sistemas vasculares independientes. Uno el externo que se encuentra en la conjuntiva misma y se desplaza con ella, otro, el interno que se encuentra debajo y no se desplaza cuando se mueve la conjuntiva bulbar.

Según el sistema que se encuentre ingurgitado, darán lugar a una inyección conjuntival o ciliar. Es de especial interés que la primera (la conjuntival) es sintomática de todas las afecciones conjuntivales, mientras que la segunda lo es de las afecciones inflamatorias del cuerpo ciliar del iris, y de la córnea.

Como existe entre ambos sistemas numerosas anastomosis, sucede que en las inflamaciones violentas de las partes anteriores del globo ocular, ambos sistemas vasculares pueden encontrarse inyectados a la vez.

La inyección conjuntival difiere mucho en cuanto a localización y grado.

En la conjuntiva tarsal se distinguen dos clases o grados de inyección: uno ligero, en forma de red, en que los vasos se perciben aislados y las glándulas de Meibonio son visibles por transparencia. Otro intenso en que la conjuntiva adquiere una coloración regularmente roja no se transparentan las glándulas de Meibonio y la mucosa presenta hipertrofia papilar, en contra de la inyección ligera en que no hay ninguna alteración conjuntival.

En cuanto a la conjuntiva bulbar recordaremos que está irrigada por dos sistemas vasculares distintos, que dan lugar a formas diferentes de inyección, observándose la producida por los vasos conjuntivales posteriores en las enfermedades que afectan de preferencia a los fondos de saco, y se caracteriza porque la repleción vascular disminuye al acercarse a la córnea. La hiperemia de los vasos conjuntivales anteriores se presenta, sobre todo, en las afecciones del limbo y capa epitelial de la córnea, encontrándose con frecuencia unida, a la inyección de la red periquerática, tiene su máximo de intensidad en el borde corneal y disminuye hacia la periferia.

Cuando se trata de una inyección conjuntival, los vasos se presentan aislados, claramente visibles como líneas flexuosas, ramificadas o en red, de un color rojo vivo, y se desplazan con la conjuntiva.—Ver figura uno; (a).

Como el sistema vascular anterior procede de las arterias ciliares, anteriores, la congestión de este sistema se acompaña de inyección ciliar en forma de una zona pericorneal de coloración difusa, rojo o rojo violeta. Ver figura uno; (b).

La anchura de esta zona en los grados ligeros varía de 2 a 3 mm., haciéndose menos perceptible a medida que se aleja del limbo, hasta desaparecer, siendo en los grados intensos su extensión mayor, y, hacia la periferia, al tono rojo difuso sigue una fina red, no claramente visible, de vasitos rojo violeta.

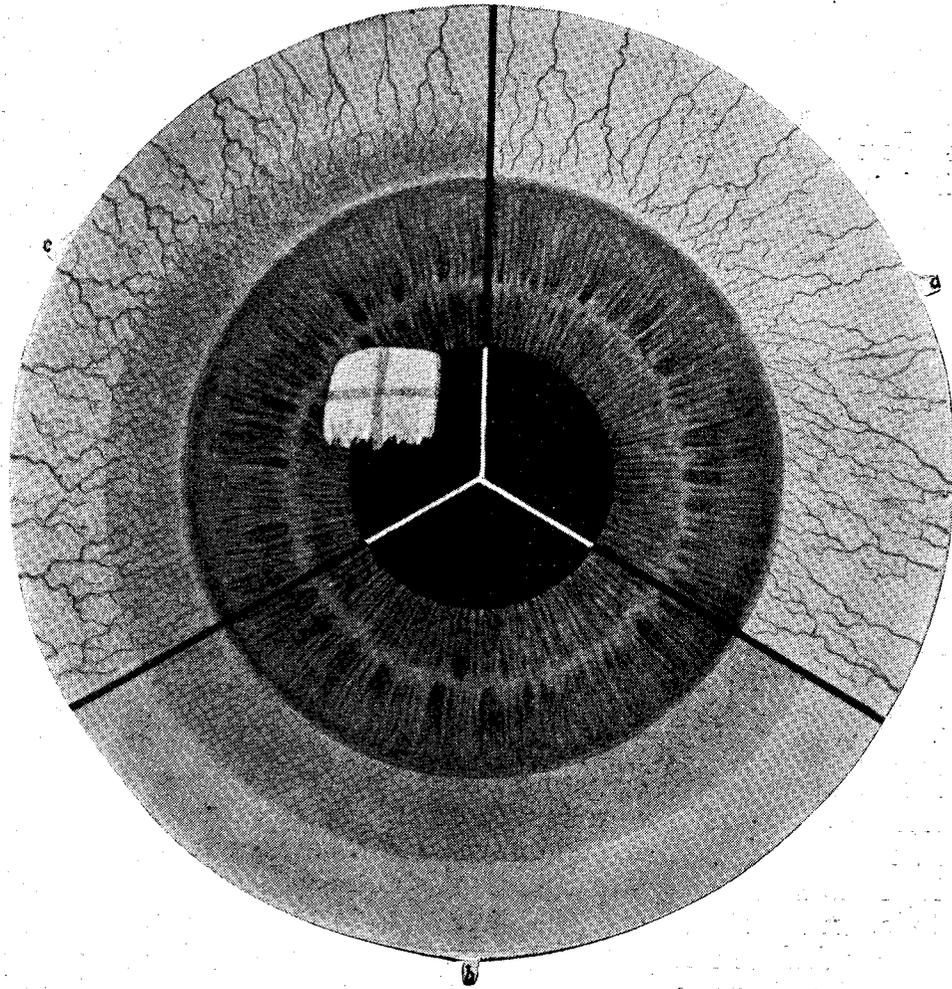


Figura Número 1.—a, inyección conjuntival; b, inyección ciliar; c, inyección conjuntival más ciliar.

La inyección ciliar no pertenece a la conjuntiva, depende de una hiperemia de la red capilar y venosa episcleral, presentándose en una forma pura, sin ir acompañada de la conjuntival, en las inflamaciones profundas de la córnea, en las del iris y cuerpo ciliar. Es de advertir que la inyección ciliar no es una excepción en las inflamaciones de la conjuntiva, cuando existe deberemos explorar

cuidadosamente la córnea y el iris. Debemos tomar en cuenta que la inyección conjuntival no sólo se presenta en las inflamaciones conjuntivales, sino también en las de otras partes del globo ocular; esta inyección sintomática afecta, sobre todo, a la conjuntiva bulbar, pero la palpebral no está libre de ella, pudiendo cuando existe, ser una causa de error para los principiantes que la consideran como una conjuntivitis, cuando en realidad la causa es otra, una iritis, por ejemplo. Es relativamente fácil distinguir la conjuntivitis, pues en la inyección sintomática apenas existe hiperemia del fórnix y, si evertimos el párpado inferior de manera que podamos distinguir a la vez las tres zonas de la conjuntiva, nos llamará en seguida la atención de la relativa palidez del fondo de saco. En la figura uno (c) el lector podrá ver la inyección conjuntival más ciliar.

Los linfáticos de la conjuntiva son numerosos, en los ángulos externos e internos del ojo, el sistema linfático conjuntival, formado dos troncos: los linfáticos de la mitad interna del ojo, convergen hacia la raíz de la nariz por un tronco común, a ese nivel se reúnen con los linfáticos que vienen de la región frontal, y descienden siguiendo la vena angular, para terminar en los ganglios sub-maxilares. El otro tronco va a desembocar en los ganglios pre-auriculares y parotidianos.

## 2.—EXAMEN DE LA CONJUNTIVA

Para estudiar la conjuntiva palpebral y el fondo de saco inferior es suficiente de llevar hacia abajo el párpado inferior con el dedo, recomendándole al paciente que vea hacia arriba, así tiene el médico ante su vista la conjuntiva que desea examinar, y por medio de una lámpara, a simple vista, con la ayuda de una lente, o con un microscopio corneano, puede darse perfecta cuenta del estado de la conjuntiva palpebral y del fondo de saco inferior. Este fondo de saco es relativamente poco profundo y desciende más o menos a quince milímetros del centro de la córnea.

El fondo de saco superior es más difícilmente accesible a la exploración; por una parte, es más profundo que el inferior, pues tiene de quince a dieciocho milímetros de profundidad, por debajo del centro de la córnea; por otra, es mucho más ancho que el del párpado inferior.

Para examinar la conjuntiva tarsal del párpado superior y su fondo de saco es necesario invertir primero el párpado superior.

Existen dos maneras de invertir el párpado superior: valiéndose de una o de las dos manos.

La pequeña operación se ejecuta en tres tiempos. Primero: hay que hacer mirar hacia abajo al enfermo. Segundo:

se toma suavemente el borde ciliar comprendiendo las pestañas, por la parte media, entre el pulgar y el índice de la mano izquierda y se le separa ligeramente del globo ocular. Tercero: a continuación, bastará empujar hacia abajo, y a través de la piel, el borde superior del cartílago tarso, con la ayuda de una varilla de vidrio o con el pulgar de la otra mano, al mismo tiempo que se desplaza suavemente hacia arriba el borde ciliar, que se mantiene aún con la mano izquierda. Por medio de esta maniobra queda el párpado superior completamente invertido y accesible al examen.

### LO QUE SE OBSERVA EN LAS CONJUNTIVAS NORMALES

La conjuntiva bulbar es la única que se presenta directamente accesible a la inspección. Se presenta como una membrana transparente que deja ver a su través la esclerótica blanca, o sea lo blanco del ojo.

Es de color azulado en el niño, blanco en el adulto y en el viejo, presenta un cierto número de pequeños vasitos, que se dirigen desde los fondos de saco hacia el limbo corneano. La conjuntiva bulbar se encuentra unida a la esclerótica por un tejido conjuntivo muy laxo, de modo que puede deslizarse muy fácilmente sobre el globo ocular, es el lugar de elección para las inyecciones conjuntivales que se practican con fines terapéuticos.

En ciertos sujetos, principalmente a los que constantemente están expuestos a la acción del viento y tierra, se nota sobre la conjuntiva bulbar de un lado y otra del limbo corneano, sobre la línea media horizontal, dos pequeñas manchitas de color amarillento, triangulares de base dirigida hacia el limbo y vértice hacia el ángulo interno o externo del ojo: es la pingüécula donde a menudo toma nacimiento el pterigión.

La conjuntiva bulbar por el lado interno forma un repliegue en media luna llamado repliegue semi-lunar. De lado interno del repliegue semi-lunar, la conjuntiva tapiza la carúncula lagrimal que se presenta bajo la forma de una saliencia rojiza, de aspecto verrugoso. La carúncula lagrimal es un pequeño islote cutáneo, constituida por la agrupación de folículos pilosos y glándulas sebáceas, está situada exactamente en el ángulo interno del ojo; algunas veces contiene pelos más o menos largos, que pueden irritar la conjuntiva.

La conjuntiva del párpado inferior se presenta a nuestra vista, como una superficie lisa y tersa, transparente, por lo que en algunos individuos deja claramente percibir las glándulas de Meibomio. El fondo de saco inferior se presenta en forma de pliegues transparentes abundantemente provistos de vasos sanguíneos.

La conjuntiva del párpado superior se presenta de aspecto análogo a la de la inferior. No olvidar que cuando se ejecuta presión sobre el borde libre del párpado invertido, la conjuntiva aparece de color pálido, por el impedimento mecánico de la circulación. En la conjuntiva del párpado superior, se debe examinar con detención el surco sub-tarsal, pues es allí donde se localizan casi siempre los cuerpos extraños conjuntivales que se introducen accidentalmente en el ojo.

En los sujetos de cierta edad, se encuentra un aspecto aterciopelado de la conjuntiva en los ángulos externo e interno, y a veces en toda la extensión del borde libre; también se encuentra en los viejos o en los sujetos expuestos al viento y tierra pequeños granitos o puntos blanquecinos, localizados debajo de la conjuntiva tarsal o en los fondos de saco. Se trata de infartos calcáreos, que algunos oculistas les dan el nombre original de litiasis conjuntival.

### MODIFICACIONES PATOLOGICAS DEL ASPECTO DE LAS CONJUNTIVAS

Anteriormente hemos expuesto la manera de examinar las conjuntivas y lo que observamos cuando se trata de conjuntivas normales. Ahora se describirá lo que se observa patológicamente.

a) *Modificaciones de color.*—La conjuntiva se nos puede presentar de un color rojo intenso, debido la mayoría de los casos, a una inflamación de la conjuntiva, a una conjuntivitis. Ella es producida por la vaso dilatación de los pequeños vasos nutricios.

El color rojo de la conjuntiva puede en ciertos casos (traumatismos, etc.) estar localizado en un punto de una de las regiones palpebrales. En algunas conjuntivitis, como la producida por el diplobacilo de Mörax, constituye el síntoma dominante. En los sujetos muy anemiados las conjuntivas se presentan pálidas.

b) *Tintes conjuntivales.*—En la raza negra y en ciertos sujetos de la raza amarilla existen algunas veces normalmente pigmento café en la conjuntiva a nivel del limbo. La melanososis de la enfermedad de Addison puede dar un tinte azul difuso a la conjuntiva. La argirosis frecuente en los enfermos que abusan durante largo tiempo de las instilaciones de sales de plata dan un tinte gris negruzco a la conjuntiva.

Un tinte amarillo aparece sobre el globo ocular en las ictericias.

La presencia de sangre sobre el epitelio conjuntival, da un aspecto particular, bien se trate de una capa rojiza o bien de

pequeños puntos hemorrágicos a nivel del tarso, como se puede observar a veces en las conjuntivitis agudas o por traumatismo de cuerpos extraños.

c) *Modificaciones de relieve de la conjuntiva.*—Como ya dijimos en estado normal la conjuntiva es lisa, en estado patológico se pueden encontrar saliencias de varios tipos, entre las que se pueden encontrar en el curso de un examen de las conjuntivas, tenemos: los folículos que son salientes nodulares que se pueden presentar bien limitados, situados más o menos profundamente en la mucosa y separados los unos de los otros claramente.

En un examen clínico hay un medio relativamente fácil de ponerlos en evidencia y es la aplicación de una lámina de vidrio sobre la conjuntiva palpebral invertida, los folículos o nódulos aparecen entonces con gran claridad.

Segundo, las papilas que son salientes muy frecuentes en las afecciones conjuntivales. Representan el tipo reaccional de la conjuntiva toda inflamación mecánica o infecciosa, cualquiera que sea el agente, siempre que la inflamación tenga cierta duración.

Las papilas dan a la conjuntiva generalmente lisa y brillante un aspecto aterciopelado y rojizo, al mismo tiempo se aumenta la hiperemia de la mucosa. Las papilas contrariamente a los folículos no son jamás ni traslúcidos, ni opalescentes, pero presentan siempre un aspecto carnoso. Cuando se les examina con una lente o a simple vista, se ve que ellas son muy numerosas, que dan a la mucosa conjuntival un aspecto pavimentoso y aterciopelado, característico de lo que se llama aspecto papilar de la conjuntiva.

Otra causa que modifica el relieve de las conjuntivas, son las cicatrices, que se presentan bajo aspectos variables. En algunos casos producen bridas; algunas veces se disponen perpendicularmente al borde libre. Se les encuentra en gran número de afecciones: tracoma, lepra, tuberculosis, traumatismo y sobre todo quemaduras por productos químicos.

d) *Otras modificaciones que se pueden encontrar en la conjuntiva.*—Tenemos en primer lugar las ulceraciones de tipo muy variable, que pueden afectar muy diversas formas y diversos aspectos.

Ante estas ulceraciones se deberá también buscar si hay infiltración de los tejidos vecinos, palpar la ulceración a través de los dedos y nunca olvidarse de buscar los ganglios pre-auriculares y sub-auriculares a los cuales van a dar la mayor parte de los linfáticos de la conjuntiva y de los párpados. Se examinará su volumen, su consistencia, se verá si hay o no periadenitis, lo que tiene mucha importancia en la conjuntivitis de Parinaud, tuberculosis de la conjuntiva y sífilis.

e) *Modificaciones secretorias de la conjuntiva.*—La conjuntiva normalmente aparece brillante y regularmente humedecida. En algunos casos se encuentra sequedad anormal, tal sucede en las modificaciones cerósicas del epitelio. Generalmente se encuentra secreción anormal, por su abundancia y por su aspecto. En el ángulo interno del ojo y en el fondo de saco inferior es donde más se le debe buscar.

Según su aspecto tenemos cuatro clases de secreciones:

1°—*Secreción Mucosa.*—Se trata de un líquido más espeso que las lágrimas, filante; en él existen pequeños tractos fibrinosos que se estiran en finos ligamentos. Algunas veces existe a nivel de las pestañas que son aglutinadas en grupos de cuatro.

2°—*Secreción muco-purulenta.*—En esta secreción además de participar de los caracteres ya descritos de las secreciones mucosas, la secreción se presenta como pequeñas masas de aspecto lechoso que algunas veces pueden aplicarse sobre la conjuntiva palpebral, dando así el aspecto de falsas membranas, pero que se desplazan sin dejar ulceraciones subyacentes.

3°—*Secreciones purulentas.*—En este caso se trata de una secreción muy abundante entre los párpados, de coloración amarillenta, si es producida por el estafilococo, verdosa por el gono-coco, etc. A veces es lechosa muy espesa, otras flúida.

4°—*Falsas membranas.*—Tienen como carácter principal ser adherentes, en desprenderse difícilmente, en dejar en su lugar una ulceración rojiza y sangrante; es lo que la distingue de los simples exudados que pueden recubrir la conjuntiva.

Se deberá siempre recordar que una afección únicamente de la conjuntiva, no puede por sí sola traer una alteración de la función visual.

### 3.—EXAMEN BACTERIOLOGICO

Su objeto, es identificar los gérmenes encontrados, su consistencia, poder hacer un tratamiento etiológico apropiado, y un diagnóstico cierto.

Es necesario recordar que existe una flora microbiana normal sobre la conjuntiva; son saprófitos banales entre los cuales lo más frecuentemente encontrados son el estafilococo, neumococo xeroso, etc.

Un examen bacteriológico comprende: el examen de las secreciones, después de colorearlas en un frote. Aislamiento de los gérmenes por medio de un cultivo, e inoculación a los animales.

a) *El examen de las secreciones después de colorearlas en un frote.*—Es el procedimiento más simple, más barato, más rápido y al alcance de todo médico, y da datos de enorme importancia.

Para hacer un frote se tomará por medio de una asa de platino previamente flameada la secreción a examinar. Se tomará un filamento purulento, el que más nos interese, evitando el borde libre del párpado, siempre sucio, se tomará la secreción en el ángulo interno de preferencia, que es donde las secreciones tienden a acumularse. Cuando hay poca secreción se puede con el asa raspar el epitelio conjuntival, pudiendo la abundancia de células y presencia de sangre estorbar el examen microscópico: en estos casos (poca o ninguna secreción) se aconseja tomar el producto a examinar (lágrimas) con una pequeña pipeta alargada, esterilizada previamente, se evita así el traumatismo, luego, se aspira una gota de líquido a examinar y se lleva a una lámina de vidrio donde se extiende y se deja secar. Para evitar la confusión de los gérmenes provenientes de los párpados, se aconseja lavar la conjuntiva con suero, esperar algunos minutos (tres o cinco) para que la secreción que deseamos tomar se reproduzca, en la práctica basta con evitar el borde libre del párpado, en la toma, luego se llevará el producto a una lámina de vidrio flameada y enfriada, se extiende en capa delgada, se deja secar y se fija.

Otro procedimiento consiste en invertir el párpado ofreciendo así su cara secretante y aplicar por toques sucesivos espaciados algunos milímetros unos de otros, una lámina de vidrio. Así se obtiene una serie de impresiones o huellas que representan normalmente el exudado superficial sino también la secreción de las células, se deja secar el producto y se fija.

*Fijación.*—Se puede hacer por medio del calor, pasando dos tres veces la lámina, rápidamente en una llama, pero es necesario recordar, que el demasiado calor puede destruir las células volver la toma inutilizable. Se puede fijar también con algunas gotas de alcohol éter u otro fijador.

*Coloración.*—*Azul de Metileno de Löffler.*—Se pueden colorear con él la mayoría de los microbios del ojo, es de los colorantes más empleados y de los mejores. La coloración se efectúa en veinte o treinta segundos. La solución azul de Metileno se compone de azul de Metileno, un gramo; alcohol a 95°, diez gramos; Acido Fénico, dos gramos; agua destilada, noventa gramos.

*Coloración por el método de Gram.*—Este método es sin duda con el que se obtienen los más rápidos y mejores resultados. Aquí describiré el procedimiento usado por Jadasohn, y recomendado por oftalmólogos sud-americanos.

Ante todo son necesarias las soluciones siguientes: Solución primera: aceite de anilina puro, dos gramos; violeta de genciana, tres gramos; alcohol absoluto, diez gramos; agua destilada, noventa gramos. Solución segunda: yodo, un gramo; yoduro de potasio, dos gramos; agua destilada trescientos gramos. Solución tercera: Safranina, cuatro gramos; agua destilada, cien gramos.

A continuación daré los seis tiempos del método:

*Primero.*—Colorear durante veinticinco segundos, con la solución número uno, ya descrita, que debe filtrarse antes de usarse.

*Segundo.*—Lavar con agua destilada.

*Tercero.*—Colorear hasta que la preparación tome un color obscuro, con la solución número dos.

*Cuarto.*—Decolorar con alcohol absoluto hasta que la preparación no desprenda colorante; entonces lavar con un poco de agua destilada.

*Quinto.*—Coloración de fondo durante ocho segundos, con la solución número tres.

*Sexto.*—Lavar, secar, montar al bálsamo del Canadá y examinar con la lente de inmersión.

Los microbios que toman el Gram, se tiñen de color azul obscuro, los gérmenes y tejidos que no lo toman, de un tinte rojo.

Desde el punto de vista diagnóstica y prácticamente se puede reducir el número de microbios a ocho o diez, y al dividirlos en dos grandes grupos:

*Primero.*—Microbios que toman el Gram o Gram positivos: Estafilococo. Estreptococo. Neumococo. Bacilo de Löffler.

*Segundo.*—Microbios que no toman el Gram, Gram negativos: Diplobacilo de Mörax-Axenfeld. Bacilo de Koch-Weeks. Gonococo de Neisser. Neumobacilo de Friedlander.

b) *Aislamiento de los gérmenes por medio de cultivo.*—Para practicar una identificación por cultivo se hace la toma de la secreción con los cuidados citados anteriormente.

La siembra será hecha directamente con el producto tomado o con una dilución de este producto en un poco de suero fisiológico esterilizado, y previamente entibiado. En todos los casos se sembrará sobre diversos medios: gelosa, ascitis, etc., etc., también sobre medios especiales: Medio de Löwenstein para el bacilo de Koch. A las diez o veinticuatro horas se examinan los tubos de cultivo, estudiando cuidadosamente las colonias que sobre ellos se han podido desarrollar. La gran ventaja de los cultivos es el de permitir al mismo tiempo que identificar el agente específico productor de la conjuntivitis aguda, ponernos en posibilidades de preparar una autovacuna con el germen encontrado.

c) *Inoculación a los animales.*—La inoculación a los animales permite en ciertos casos la identificación de un germen, por una parte por el aspecto de las lesiones producidas en el animal, y por otra por la posibilidad de encontrar estos gérmenes en cantidad considerable en un punto del organismo del animal inoculado. Este método no es aplicable a todos los gérmenes oculares. Un cierto número de ellos inoculados a los animales no dan las mismas reacciones que en el hombre, el gonococo por ejemplo. Por otra parte hay algunos que no tienen acción patógena para el animal, siendo así específicos únicamente para el hombre, tal sucede con el diplobacilo de Mörax. Prácticamente la inoculación a los animales se hará en caso de sospecha de presencia de bacilo de Koch en las conjuntivas. La inoculación a los animales se hace generalmente sub-cutáneamente, otros emplean la vía intra-peritoneal.

#### 4.—EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

Para la práctica de un examen anatomo-patológico es necesario el concurso de un anatomo-patólogo experto; el oftalmólogo deberá, si lo cree conveniente, hacer una biopsia.

La toma es preferible hacerla en los fondos de saco, pues es allí donde la conjuntiva presenta una laxitud muy grande, debe hacerse asépticamente; se debe lavar con suero fisiológico, fijarlo en líquido de Bouin o de Senker u otro fijador, pero nunca en alcohol, pues altera el resultado. El examen anatomo-patológico está especialmente indicado en caso de tumores. Prácticamente en caso de conjuntivitis aguda, nunca hacemos una biopsia, es decir, que como medio de diagnóstico para establecer el agente patógeno en una conjuntivitis carece de importancia. Pero para el estudio de las lesiones histológicas que en mayor o menor grado puedan producir los agentes de la conjuntivitis aguda, sí presta ayuda e interés.

La biomicroscopía es un procedimiento que puede aplicarse perfectamente a las afecciones conjuntivales; no olvidemos que las capas superficiales de la conjuntiva son traslúcidas, de donde la posibilidad de estudiarlas al biomicroscopio. Según algunos autores este modo de examen de la conjuntiva debe ser practicado sistemáticamente; pero no hay que olvidar que es necesario contar con un biomicroscopio y que es del dominio únicamente del especialista.

Por medio de este procedimiento el médico puede observar in vivo los elementos morfológicos constituyentes de los tejidos del ojo, y puede descubrir aún levísimas lesiones en la conjuntiva.

# SEGUNDA PARTE

## CAPITULO I

### Estudio Clínico de las Conjuntivitis en General.

A.—Definición.

B.—Clasificación.

C.—Síntomas principales que caracterizan a las conjuntivitis.

A) *Definición.*—Las conjuntivitis en general pueden ser definidas, como la inflamación de las conjuntivas por diversas causas, pudiendo ser éstas conocidas, desconocidas o de presunción.

B) *Clasificación.*—Para la clasificación de las conjuntivas adoptaré una clasificación tanto clínica como etiológica.

En un primer grupo tomaré las conjuntivitis catarrales agudas a germen conocido y a tipo clínico definido, las que son el objeto de nuestro tema. En un segundo grupo se encuentran las conjuntivitis debidas a agentes conocidos, pero a caracteres clínicos muy variables. En un tercer grupo se tienen las conjuntivitis crónicas.

Los grupos segundo y tercero no son objeto de nuestro tema.

C) *Síntomas principales que caracterizan a las conjuntivitis.*

—Comparando los caracteres anatómicos y semiológicos de la conjuntiva normal con la que presenta esta membrana al estado patológico, se observan tres síntomas cardinales, que son infaltables en toda conjuntivitis, vaso-congestión, edema y secreción.

*Vaso-congestión.*—Este síntoma es producido por la inyección de las arteriolas y venas de las conjuntivas, en especial la tarsal, la cual se congestiona tomando un color rojizo, los fondos de saco presentan una coloración rojo-vinosa. Sobre la conjuntiva bulbar se percibe también una pronunciada inyección vascular y la presencia de numerosos vasos sanguíneos provenientes de los fondos de saco.

*Edema.*—Es producido por la infiltración inflamatoria de la conjuntiva, que a su vez ocasiona un espesamiento de esta membrana. Esta última es la causa por la que la conjuntiva pierde

su transparencia, no percibiéndose a su través las glándulas de Meibomio, tan fácilmente visibles al estado normal en la palpebral. Sobre la conjuntiva bulbar, el edema impide ver por transparencia el color blanco de la esclerótica.

*Secreción.*—Es el tercer síntoma cardinal que se encuentra en las diferentes clases de conjuntivitis, pudiendo ser: mucopurulenta, purulenta, o pseudo-membranosa, según la clase y virulencia del microbio productor. La formación de pseudo-membranas en caso de conjuntivitis catarral es un fenómeno que se observa muy a menudo. El bacilo de Löffler no es el único capaz de producir pseudo-membranas, también lo son el neumococo, estafilococo, estreptococo, gonococo, según la virulencia. Substancias irritantes y tóxicas de origen no microbiano, son capaces de formar pseudo-membranas. El Nitrato de Plata aplicado sobre la conjuntiva puede dar lugar también a su formación. Claramente se ve que la pseudo-membrana no constituye una reacción específica de la conjuntiva en presencia de la toxina diftérica, si no una manera general de reacción de esta membrana bajo la acción de productos nocivos y diversos. Ante un caso de pseudo-membranas en las conjuntivas, se debe pensar en conjuntivitis diftérica, pero nunca afirmar el diagnóstico, salvo que se tenga ya el resultado afirmativo del examen bacteriológico, indispensable para el diagnóstico definitivo.

Además de los tres síntomas cardinales ya citados, agregaremos otros muy comúnmente observados en la mucosa conjuntival en un gran número de estados patológicos de esta membrana, y que no representan un carácter especial de una determinada conjuntivitis, sino una reacción anatómica general de la conjuntiva bajo la acción de múltiples causas.

Las papilas, impropiaamente llamadas así son pliegues de la conjuntiva tarsal, en cuya formación interviene como factor, además de la inflamación crónica e hipertrofia de esta membrana, la disposición papilar especial de la conjuntiva tarsal normal. La conjuntiva se encuentra íntimamente adherida al tarso del cual es imposible separarla.

Las granulaciones aparecen en los fondos de saco conjuntival y en los ángulos interno y externos; son verdaderos folículos linfáticos hipertrofiados, generados por la inflamación crónica. Normalmente no existen folículos linfáticos en la conjuntiva humana; sólo se observan linfocitos aislados en la dermis conjuntival. Las granulaciones del tracoma no son más que la reacción conjuntival hacia un virus desconocido. Las granulaciones de la conjuntivitis atropínica, aparecen por una irritación de naturaleza química. En la blenorragia crónica se observan

igualmente granulaciones debidas a la reacción conjuntival frente a la toxina gonocócica.

Anteriormente vimos que la conjuntiva se encuentra irrigada por dos sistemas vasculares, completamente independientes, uno es el mayor o externo, el otro el menor o interno. En la mayoría de los estados patológicos de la conjuntiva se observa que el primer sistema arterial se encuentra ingurgitado, la vaso-congestión va disminuyendo a medida que se aproxima al limbo corneano, dando lugar a un síntoma muy importante que es la inyección conjuntival. El otro sistema, el menor o interno, también llamado profundo es el que en los estados inflamatorios del iris cuerpo ciliar, y córnea, se congestiona dando lugar a la inyección periquerática, síntoma característico de estas afecciones.

## CAPITULO II

### CONJUNTIVITIS CATARRALES AGUDAS

#### A GERMEN CONOCIDO Y TIPO CLINICO DEFINIDO

A.—Definición.

B.—División.

C.—Estudio de cada una en particular.

A) *Definición.*—Las conjuntivitis catarrales agudas no son más que la inflamación aguda de las conjuntivas, caracterizadas por evolucionar en corto tiempo, por venir acompañadas de mayor o menor cantidad de secreción conjuntival, por poderse establecer por la bacteriología fácilmente su etiología y porque tratadas debidamente, curan sin dejar rastros.

B) *División.*

A.—Conjuntivitis simple.

B.—Conjuntivitis catarral sub-aguda.

C.—Conjuntivitis catarral aguda o catarro mucopurulento epidémico.

D.—Conjuntivitis blenorragica o purulenta.

E.—Conjuntivitis diftérica.

C) Estudio de cada una en particular.

#### A.—CONJUNTIVITIS SIMPLE

La conjuntivitis simple es sin duda, una conjuntivitis catarral aguda, aunque no es producida por un micro-organismo, la describimos entre las de germen conocido y tipo clínico definido por estar establecida certeramente su etiología y por tener los síntomas de las conjuntivitis agudas a las que pertenece.

La conjuntivitis simple es una afección muy común en nuestro medio, está caracterizada por una ligera vaso-congestión de la mucosa conjuntival, con fotofobia, lagrimeo y escasa secreción.

*Etiología.*—Exposición al viento, a los gases irritantes, al humo, al calor, introducción de cuerpos extraños, ingestión de alimentos o bebidas excitantes, etc., son capaces de producirla.

La conjuntivitis simple es más frecuente durante la estación de verano por la sequedad del suelo, entre nosotros en el mes de Febrero y Marzo por los vientos fuertes que soplan.

Todas las conjuntivitis agudas que a continuación describiremos pueden desarrollarse en una mucosa sana, pero también sobre una mucosa afecta de conjuntivitis simple en cuyo caso los agentes productores, encontrarán un campo de desarrollo muy ventajoso.

*Tratamiento.*—*Preventivo.*—El más lógico es evitar todo lo que irrite la conjuntiva.

*Etiología.*—Suprimir la causa si se conoce y si es posible.

*Curativo.*—Usar anteojos protectores, actínicos, tinte número tres, que protegen el ojo contra la acción de la luz y de la tierra, colirios, pomadas de Penicilina o Sulfatiazol oftálmicas. Si la curación se prolonga, leche a dosis de 3 botones intradérmica.

#### B.—CONJUNTIVITIS CATARRAL SUB-AGUDA

Llamada también conjuntivitis diplobacilar, es producida por el diplobacilo de Mörax-Axenfeld. Algunos le llaman también conjuntivitis angular porque los enfermos presentan un enrojecimiento sobre todo marcado en los ángulos.

*Etiología.*—El microbio productor de esta conjuntivitis fué descubierto en 1896 por Mörax. Más tarde fueron confirmadas sus investigaciones por Axenfeld. En los frotos se presenta bajo la forma de bastoncitos gruesos y cortos, con extremidades redondeadas. Por regla general se presentan de dos a dos, unidos por sus extremidades; este aspecto diplobacilar es característico. A veces se les encuentra libres o incluídos en el cuerpo de los leucocitos. Tienen más o menos tres micras de largo por una y media de ancho. No toman el Gram.

La inoculación a la conjuntiva humana, da siempre resultados positivos, no así a la conjuntiva de los animales, que da siempre resultados negativos. El medio mejor de cultivo es en caldo o en agar adicionado de suero humano.

*Patogenia.*—La conjuntivitis diplobacilar es una afección que se presenta a menudo entre nosotros; se encuentra en todas las latitudes. Parece que los adultos son más frecuentemente atacados que los niños. Contrariamente a la conjuntivitis a baci-

lo de Weeks, es difícil de establecer si las variaciones meteorológicas y estacionarias tienen una influencia sobre la frecuencia y aparición de esta afección. Generalmente se considera que es una afección de todas las épocas del año.

En 1905, Erdmann encontró sobre las mucosas nasales un diplobacilo con caracteres morfológicos y de cultivo iguales al diplobacilo de Mörax. Esto permite pensar que en ciertos casos, la conjuntivitis sub-aguda puede ser de origen nasal o lagrimal y que el diplobacilo, a veces saprófito de la mucosa nasal puede en ciertos casos favorables dar origen a una conjuntivitis.

La conjuntivitis sub-aguda es una enfermedad contagiosa; la transmisión se hace por contacto indirecto generalmente, por las toallas de baño, por las manos, por todos los objetos que, el enfermo toca, etc. Según Mörax la transmisión se hace la mayoría de las veces de manera directa, según él, el diplobacilo pierde su virulencia en cuestión de unos cuatro minutos de estar en un medio que no sea la conjuntiva, de manera que para que la inoculación indirecta tenga efecto, es necesario que el micro-organismo que llegue al sujeto sano tenga pocos instantes de haber sido difundido por el sujeto enfermo.

La conjuntivitis sub-aguda puede existir con otras afecciones, en especial con el tracoma.

*Síntomas.*—En el período de incubación que dura de dos a tres días, no se manifiesta por síntoma alguno.

En el período de estado, el síntoma inicial más importante es la aglutinación del borde ciliar de los párpados por una escasa secreción mucu-purulenta, que el enfermo observa por las mañanas al despertarse. Este síntoma empieza por un ojo, y no tarda en manifestarse en el otro. Otro síntoma precoz de este período es la sensación de cuerpo extraño que experimenta el paciente, así como una picazón, bajo los párpados.

Al examen se nota la conjuntiva tarsal y los fondos de saco moderadamente congestionada. La secreción es escasa.

Los síntomas de comienzo van aumentando de intensidad en pocos días; se comprueba a veces, un ligero edema en el borde ciliar de los párpados. La secreción se hace más abundante, está constituida por unos coágulos de mucopus, o filamentos fibrinosos en suspensión en las lágrimas.

Como dijimos anteriormente la conjuntiva al examen se presenta de color rojo, sobre todo marcado a nivel de la carúncula y del ángulo interno, este enrojecimiento algunas veces se acompaña de edema, y en algunos casos de lesiones eritematosas ligeras del borde ciliar de los párpados. Este eritema es sobre todo marcado en los ángulos de donde el nombre de conjuntivitis angular que también se le da a esta enfermedad.

El examen biomicroscópico de una conjuntivitis sub-aguda, si ella tiene cierta duración, nos muestra la mucosa hiperplasiada; los ases vasculares normales de la conjuntiva están más o menos marcados por esa hiperplasia y por un abundante y fino piqueado rojizo constituido por el desarrollo de una vascularización provocada por la inflamación.

En un estado más avanzado, la biomicroscopía muestra una serie de pequeñas placas poligonales rojizas, separadas unas de otras por un trecho blanquecino y constituidas de papilas más o menos individualizadas.

*Anatomía patológica.*—Las alteraciones anatómicas son poco intensas y se localizan con predilección en la conjuntiva tarsal y en el borde libre. A nivel de los bordes palpebrales, donde existen lesiones eritematosas, se comprueba un adelgazamiento del epitelio debida a la descamación de las capas superficiales. La dermis conjuntival se encuentra infiltrada de leucocitos así como la conjuntiva tarsal, la que a su vez, se encuentra con un ligero espesamiento, debido a una hiperplasia epitelial.

*Evolución.*—La conjuntivitis catarral sub-aguda tiene una duración de lo más variada; en los casos en que no se hace tratamiento apropiado, puede durar varios meses con alternativas de mejoría y agravación. Correctamente tratada, la enfermedad dura por término medio entre seis y doce días.

*Pronóstico.*—Benigno.

*Complicaciones.*—Las complicaciones de esta conjuntivitis son raras, y únicamente se observan en enfermos abandonados a su propia suerte y en los que no han sido tratados debidamente.

Cuando existen complicaciones son generalmente corneanas; úlceras superficiales, úlceras profundas; o bien pequeñas ulceraciones cutáneas del borde libre palpebral que complican a las lesiones eritematosas que han sido ya descritas.

*Tratamiento.*—Primero: Profiláctico. Segundo: Curativo.

*Profiláctico.*—Las inoculaciones experimentales hechas en el hombre así como la observación clínica, han demostrado ampliamente la contagiosidad de esta afección. Sin embargo, la transmisibilidad de esta afección es mucho menos intensa que en las demás conjuntivitis contagiosas.

La higiene cuidadosa de las manos y el empleo personal de toallas, pañuelos, etc., así como que el paciente evite tocarse los párpados infectados; evitarán fácilmente la propagación.

*Curativo.*—El medicamento específico es el Sulfato de Zinc, se usará en forma de colirio. A continuación daré la fórmula usada en los casos que presentamos. Existen dos, una concentrada y otra fuerte. Se usará una u otra según el caso. La fuerte en los agudos y la débil en los menos serios.

R/p.

Sulfato de Zinc. . . . . 0.20 grs.  
 Clorhidrato de Cocaína. . . . . 0.15 grs.  
 Solución de Adrenalina al 1‰. . . . . 20 gotas  
 Agua destilada hervida. . . . . 25 c. c.  
 Colirio.—Ind: Instilar dos gotas al día en cada ojo.

R/p.

Sulfato de Zinc. . . . . 0.02 grs.  
 Solución de Adrenalina al 1‰. . . . . 20 gotas  
 Agua boricada saturación. . . . . 30 c. c.

Cuando la afección ha evolucionado largo tiempo, puede re-  
 etarse el argirol, que es un excelente modificador de la conjun-  
 tiva enferma.

R/p.

Argirol. . . . . 1 gr.  
 Solución fisiológica. . . . . 10 grs.

*Rotúlese.—Colirio.*

*Indicación.*—6 gotas, tres veces al día.

La blefaritis angular y el eritema de los párpados, se com-  
 ate por medio de pomadas. A continuación daré la siguiente:

R/p.

Oxido de Zinc. . . . . 1 gr.  
 Ictiol. . . . . 0.25 G.  
 Vaselina. . . . . }  
 Lanolina. . . . . } áá 10 grm.

*Indicación.*—Aplicar esta pomada dos veces al día en el borde  
 liar y piel de los párpados.

Para combatir la fotofobia se mandan anteojos ahumados o  
 zulados, tinte número 2 ó 3.

En el servicio de ojos de Hombres del Hospital General, se  
 sa además del Sulfato de Zinc y de una pomada, una inyección  
 ariaria intradérmica de leche (Aolán) con el objeto de aumentar  
 s defensas del enfermo.

## C.—CONJUNTIVITIS CATARRAL AGUDA O CATARRO MUCUPURULENTO EPIDEMICO

También llamada Conjuntivitis aguda contagiosa por su gran  
 contagiosidad, es una afección muy común entre nosotros, que se  
 presenta en forma de epidemia, y es producida por el bacilo de  
 Koch-Weeks.

*Etiología.*—En el año de 1886, Weeks describió como agente  
 productor de la conjuntivitis catarral epidémica, el bacilo que  
 lleva su nombre; más tarde Koch describió otro bacilo de carac-  
 terísticas idénticas al de Weeks, de donde el nombre de Koch-  
 Weeks, que se le da.

Este bacilo se presenta bajo la forma de pequeños baston-  
 citos, muy delgados y finos, intra o extra celulares; pertenece a  
 los Gram negativos. Mide de uno a dos micras de largo, sobre  
 0 micra 5 de ancho. Es inmóvil, está desprovisto de cápsula y  
 no da esporas. Para los cultivos necesita medios especiales, que  
 contengan sangre y a una temperatura de 37°. Algunos autores  
 recomiendan como buen medio de cultivo, el siguiente:

Gelosa 2½ × 1,000. Agar adicionado de 1% de almidón, o  
 fécula de manzana, y 25% de sangre desfibrinada.

En un medio tal como el anterior, se obtiene en 24 horas más  
 o menos colonias de un milímetro de diámetro, aplanadas, redon-  
 das, traslúcidas, blancas o grisáceas, de consistencia cremosa  
 homogénea.

Experimentalmente instilado a nivel de la conjuntiva ocular  
 humana, provoca una conjuntivitis aguda exactamente igual a la  
 epidémica; en la conjuntiva de los animales de laboratorio no  
 tiene ningún poder patógeno.

El bacilo de Koch-Weeks es muy frágil, basta enjabonarse  
 con agua fría las manos contagiadas para que pierda su viru-  
 lencia. Es un hecho interesante de tomar en cuenta para la pro-  
 filaxis de la enfermedad que cuando el agua de las piscinas o de  
 baños conservan una temperatura adecuada, la virulencia del  
 bacilo de Koch-Weeks puede durar más o menos tres días, con-  
 virtiéndose así éstas, en un foco de propagación de la infección.

*Patogenia.*—La contagiosidad de la infección es un hecho  
 perfectamente demostrado. La influencia de las estaciones es  
 clara sobre la frecuencia de la conjuntivitis catarral aguda.  
 Existe esporádicamente durante todo el año, y durante los meses  
 calientes y airosos parece tomar su máximo de virulencia desen-  
 cadenándose en forma de epidemias. Debiendo remarcar que en  
 el campo el mosquito juega un gran papel como transmisor de

esta epidemia sobre todo en el niño. Esta conjuntivitis parece ser más frecuente en los niños que en los adultos.

La conjuntivitis aguda es una enfermedad que se encuentra extendida a casi todo el globo terrestre.

*Síntomas.*—El período de incubación no está bien determinado, sin embargo, la mayoría de los autores están de acuerdo en que es muy corto, calculándose más o menos entre tres y cuatro horas.

En el período de estado la enfermedad principia con síntomas de hiperemia conjuntival, primero en un ojo y que luego pasa al otro; el primer signo que llama la atención es la aglutinación de las pestañas al levantarse, hay una especie de dificultad para abrir los ojos. La secreción conjuntival es del tipo mucopurulento, filante, amarillenta o francamente amarilla; se acumula en el ángulo interno de los párpados. La conjuntiva bulbar está inyectada, roja, y presenta un aspecto más húmedo que normalmente, dándole un aspecto particular de donde el nombre de pink-eye que le dan los ingleses; algunas veces existe a este nivel una o varias pequeñas pápulas pudiendo haber una confusión con la conjuntivitis flictenular. Las conjuntivitis palpebrales están sumamente hiperemiadas, muy húmedas y presentan un color rojizo sangrante. Algunas veces se ven a nivel de la conjuntiva bulbar hemorragias, verdaderas sufusiones sanguíneas sub-conjuntivales, algunas veces discretas y otras formando verdaderas capas hemáticas. La secreción de esta enfermedad tiene como carácter reproducirse con mucha rapidez, aún después de lavado el ojo.

Los síntomas sub-jectivos son los de toda conjuntivitis fobia, lagrimeo, comezón, y sensación de cuerpo extraño.

Esos síntomas se exageran al cabo de tres o cuatro días; los párpados son muy sensibles a la presión y a menudo el ganglio pre-auricular se vuelve doloroso y aumenta de volumen. A veces se presentan dolores periorbitarios. El enfermo se ve imposibilitado de realizar trabajos de lectura, escritura, etc.

Al cabo de diez días los síntomas inflamatorios y la secreción conjuntival disminuye para dar lugar a un estado catarral, se aglutinan los bordes ciliares por las mañanas, cuando el enfermo se levanta.

Al biomicroscopio los vasos aparecen como a través de una niebla. Se puede ver una multitud de puntos y placas rojizas que dan la impresión de un verdadero trastorno de los elementos; los vasos parecen esconderse bajo una ganga ligeramente opaca, sus figuras aparecen a través de un velo espeso, las finas ramificaciones de la vascularización conjuntival son tanto menos visi-

bles cuanto que la conjuntiva esté más espesa e hiperplasiada. En cambio entre las mallas de los ases se ve muy claramente finas punciones agrupadas en placas o manchas rojas. En la vecindad del borde libre, estas manchas son extremadamente pequeñas y forman un punteado muy fino, ellas se ven muy desarrolladas por el contrario en la parte profunda del borde. Estas manchas y punteados están constituídos por verdaderos pelotones vasculares.

Para terminar el examen de un enfermo que presenta los signos que acabamos de señalar, es necesario proceder al examen microscópico de la secreción.

*Anatomía Patológica.*—El epitelio conjuntival se encuentra notablemente espeso, sus capas son numerosas y entre ellas se comprueba la existencia del bacilo productor, e igualmente leucocitos inmigrados. En la dermis conjuntival se encuentra una intensa infiltración más o menos aumentada según el grado de inflamación provocada por el bacilo. Hay igualmente una notable dilatación vascular.

*Formas clínicas.*—Hasta ahora hemos descrito la forma común, pero existen variedades clínicas, según la predominancia e intensidad de uno o de varios síntomas. A cuatro se pueden reducir las formas clínicas:

1°—*Formas ligeras.*—Se encuentran sobre todo en los niños, caracterizada por la poca intensidad de sus síntomas reaccionales inflamatorios; a menudo es de evolución corta, pero algunas veces es larga y tórpida, pudiendo llegar a durar hasta tres meses. Estos niños constituyen verdaderos portadores de gérmenes en las escuelas, agrupamientos, etc.

2°—*Formas intensas.*—Se ve sobre todo en los adultos y se caracteriza por la intensidad de los fenómenos reaccionales e inflamatorios; presenta un carácter sobre-agudo con gran edema de los párpados, equimosis intensa de la conjuntiva y gran cantidad de secreción purulenta.

Esta forma sobre-aguda puede ser fácilmente confundida con la conjuntivitis gonocócica y es el examen bacteriológico el que decidirá el diagnóstico.

3°—*Forma pseudo-membranosa.*—Se trata de algunas formas sintomáticas intensas, en que las conjuntivas palpebrales se recubren de una capa mucopurulenta semejando clínicamente una pseudo-membrana, siendo entonces preciso diferenciarla de una conjuntivitis diftérica.

4°—*Forma ganglionar.*—En ciertos casos aislados y en ciertas epidemias se encuentra a veces una adenopatía pre-auricular dolorosa e inflamatoria que ocupa algunas veces el primer plano en la sintomatología.

**Evolución.**—La forma típica de conjuntivitis catarral epidémica evoluciona en dos o tres semanas, hacia la curación.

**Complicaciones.**—La complicación más común en los casos no tratados, es la úlcera de la córnea. Aparece bajo forma de pequeña infiltración grisácea de uno a dos milímetros de diámetro, y vecina del limbo corneano. Su pronóstico es favorable.

**Pronóstico.**—Favorable.—**Asociaciones.**—El bacilo de Koch-Weeks, puede en muchos casos ir asociado al neumococo y estreptococo, produciendo conjuntivitis graves y complicaciones tales como úlceras perforadas de la córnea. Son verdaderas formas mixtas.

**Diagnóstico diferencial.**—La conjuntivitis catarral aguda, puede confundirse con la conjuntivitis a diplobacilo de Mörax-Axenfeld, y con la conjuntivitis blenorragica. En la práctica, son las dos afecciones con las que se podría hacer diagnóstico diferencial. La conjuntivitis sub-aguda se diferencia por la poca intensidad de sus síntomas reaccionales; la inyección conjuntival es menos intensa, sobre todo la de la conjuntiva bulbar, que siempre deja ver lo blanco de la esclerótica. La secreción es más escasa. El examen bacteriológico resuelve la duda. La conjuntivitis blenorragica tiene una sintomatología de mucha mayor intensidad que la conjuntivitis catarral aguda. Los párpados están intensamente edematosos, la secreción es muy abundante y francamente purulenta, tiene una particularidad muy especial, y es la de producir precozmente, complicaciones corneanas de mucha gravedad.

La variedad hiper-aguda es la que presenta mayores dificultades para diferenciarla de la conjuntivitis blenorragica; en este caso el examen bacterioscópico es de mucha utilidad.

**Tratamiento.**—**Profiláctico.**—Consiste en aislar a los enfermos y separar los objetos de su uso; pañuelos, toallas, lavatorios. En nuestro medio, sería necesario una divulgación higiénica, en las escuelas, etc.

**Curativo.**—1°—Para evitar la fotofobia se mandarían anteojos actínicos, tinte número tres, recomendando que se laven los anteojos con un líquido antiséptico. 2°—Se prescribirán lavados oculares tibios, una o tres veces por día, según la cantidad de secreción. Los lavados se hacen con ayuda de un algodón, o bien por medio de una vasija de vidrio redondeada que deje salir el agua del lavado por un pico fino de manera que el chorro caiga en poca, pero necesaria cantidad sobre el ojo, a esta vasija se le llama ondina.

En los hospitales se aconseja disolver 25 gramos (una cucharada de sopa) de ácido bórico, en medio litro de agua caliente y con eso hacer los lavados.

Se puede usar también 25 centigramos de formol en mil gramos de agua. También bicloruro de hidrargirio 25 centigramos en mil gramos de agua destilada.

Todas las noches antes de acostarse, para evitar que los párpados se adhieran por el pus, se hará uso de pomadas, las cuales se colocan en el borde ciliar en cantidad a lo que hace el tamaño de un grano de maíz, se extiende con una varilla de vidrio.

R/p:

|  |         |
|--|---------|
| Yodoformo finamente pulverizado. . . . . | 0.20 G. |
| Vaselina. . . . .                        | 10 G.   |
| Protargol. . . . .                       | 0.40 G. |

*Rotúlese.*—Para uso ocular.

Se pueden emplear con éxito el Ungüento Oftálmico de Sulfatiazol y el de Penicilina que se encuentran en el comercio.

El nitrato de plata es el agente terapéutico mejor; acorta el período de evolución y favorece el proceso de curación.

La solución no debe ser nunca inferior al 1, ni superior al 2%. La aplicación del Nitrato de Plata nunca debe hacerla el mismo paciente. Para aplicarlo, es necesario invertir el párpado superior y ectropionar al mismo tiempo el inferior, de modo de poner bien al descubierto las superficies conjuntivales, cubriendo al mismo tiempo la córnea con la conjuntiva del párpado superior. La solución de Nitrato de Plata se aplica, sobre la conjuntiva con la ayuda de un pequeño pincel, o con un escarbadiantes bien limpio, provisto en la punta de un pequeño algodón enrollado; la solución debe de ser recientemente preparada.

El nitrato de plata, obra por acción mecánica, pues su poder bactericida es casi nulo. Después de aplicado el nitrato de plata, se forma en la superficie conjuntival, una placa blanquecina, que no es otra cosa que una pseudo-membrana difterioide, producida por la coagulación de sustancias albuminoides, contenidas en las capas superficiales de la conjuntiva. Esta membrana mantiene aprisionados los gérmenes patógenos, y al caer los arrastra con ella. Después de aplicado el nitrato de plata, es conveniente lavar el ojo, para extraer mecánicamente el exceso de plata, suero fisiológico, etc.

Inyecciones intradérmicas de leche a dosis de 2 a 4 botones intradérmicos al día (Aolán).

conjuntivitis sub-aguda.

#### D.—CONJUNTIVITIS BLENORRAGICA

La conjuntivitis blenorragica tiene una importancia considerable, no sólo para los oftalmólogos sino también para el médico general, quien la mayoría de las veces, está obligado, por múltiples circunstancias, a diagnosticar y tratar esta enfermedad. Según las estadísticas de algunos países de la América del Sur, el mayor número de ciegos es debido a la conjuntivitis neonatorum y la del adulto. Las estadísticas dan un porcentaje de 35 a 45%.

La conjuntivitis blenorragica tiene dos variedades clínicas: la del recién nacido y la del adulto.

#### CONJUNTIVITIS BLENORRAGICA DEL RECIEN NACIDO

También llamada Oftalmía neonatorum, conjuntivitis purulenta, es una afección que produce entre nosotros un tanto por ciento de cegueras, desafortunadamente no existen estadísticas a este respecto, pero sí se puede calcular que un 30 a 40% de nuestros ciegos tienen como causa la conjuntivitis blenorragica. Muchos de los nacimientos, por una u otra razón se hacen sin asistencia médica.

*Etiología.*—En el año de 1881, Neisser descubrió el gonococo que lleva su nombre. Se presenta en los frotos bajo la forma de un diplococo en grano de café. No toma el Gram, pero se colorea muy bien por el azul de metileno. Los cultivos son difíciles, el suero humano es el medio más apropiado.

El gonococo de Neisser es el agente causal de la conjuntivitis que nos ocupa. La infección tiene lugar, por lo general durante el parto; la secreción vaginal se deposita sobre los párpados, y penetra por la hendidura palpebral en el saco conjuntival, ya inmediatamente o bien al abrir el niño los ojos por primera vez, presentándose los síntomas iniciales a los dos o tres días. Este último dato es muy importante, pues si aparece más tarde, no puede referirse al momento del parto, habrá sido transmitido por la secreción genital de la madre llevada por las manos, ropas, etc., o bien contagiado por otros niños o aún por adultos.

Las llamadas conjuntivitis pseudo-gonocócicas del recién nacido, son producidas por orden de frecuencia; por el neumococo, estafilococo, bacilo de Koch-Weeks, de Friedlander, Coli, etc.

Pero en la práctica, toda conjuntivitis del recién nacido debe ser considerada por el médico práctico o la partera, como blenorragica, y aplicar el tratamiento adecuado a ésta.

*Anatomía Patológica y Patogenia.*—Las describiremos al tratar la conjuntivitis blenorragica del adulto.

*Síntomas.*—Consideraremos tres períodos:

1° *Período o de infiltración.*—Dos o tres días después del nacimiento, los párpados se ponen edematosos y rojos, la conjuntiva se espesa, se infiltra y adquiere una coloración roja intensa. La conjuntiva bulbar, igualmente, se edematiza, se forma un rodete quemótico alrededor del limbo corneano. La secreción está constituida por un líquido sero-sanguinolento. Todo el ojo es doloroso a la palpación; a veces también las partes vecinas; casi siempre hay adenitis pre-auricular. Si no se interviene en estos momentos, los síntomas aumentan, el edema impide la separación de los párpados, que retienen, bajo ellos, una cierta cantidad de pus verdoso.

2° *Período o de Piorrea.*—En este período los párpados se desinflan gradualmente, la tumefacción conjuntival disminuye, y se establece una secreción purulenta abundante que dura cerca de dos o tres semanas. Al cabo de ese tiempo, y bajo la acción del tratamiento, la supuración disminuye poco a poco y la afección pasa al tercer período o de estado.

3° *Período o de Blenorragia Crónica.*—Este período, llamado también de hipertrofia papilar, está caracterizado, por escasa secreción; los párpados se desinflan, la conjuntiva en especial se hipertrofia formando numerosas papilas, y aparece de color rojo y aspecto aterciopelado. Este período dura algunas semanas.

*Formas Clínicas.*—Se consideran tres formas: la forma ligera, mediana e intensa. Esta división se hace por la mayor o menor intensidad de los síntomas por lo que no entraremos a detallarlas. Lo único digno de decir es que las formas intensas, constituyen una verdadera gravedad, son las que con mayor facilidad dan complicaciones y producen ceguera.

*Evolución.*—En los casos no tratados o mal tratados, la secreción persiste durante varias semanas. El niño no puede abrir los ojos, los párpados están hinchados. El constante derrame del pus sobre la cara, los pequeños traumatismos causados por el roce de los bordes palpebrales, y la humedad de los lavados, traen como consecuencia la producción de pequeñas lesiones cutáneas, alrededor del ojo enfermo. Luego sobrevienen las complicaciones. En los casos debidamente tratados la enfermedad evoluciona hacia la curación sin dejar secuelas.

*Complicaciones.*—Casi siempre sobrevienen en el segundo período, por orden de frecuencia tenemos:

1°—*Úlceras de la córnea.*—Complicación muy grave, es la que a menudo produce ceguera. Sobreviene en los niños mal trata-

dos o atendidos a destiempo; del sexto al décimo-quinto día de comenzado el proceso. La úlcera puede traer la perforación de la córnea y da lugar a prolapso del iris, estafilomas, panoftalmitis y en algunos casos hasta expulsión del cristalino o través de la ruptura de la córnea.

2°—*Cataratas polares anteriores*.—Son consecutivas a la perforación de la córnea, y debidas a la acción de la toxina gonocócica sobre la capsuloides anterior.

3°—*Seudoptosis*.—La inflamación crónica de la conjuntiva subyacente produce un debilitamiento del músculo elevador del párpado y por eso en último término se produce la Seudoptosis.

4°—*Complicaciones raras*.—Así llamamos a complicaciones a distancia y que son raras comparadas con las de orden local. Todas se deben a la acción de la toxina gonocócica. A título de ejemplo, nombraremos: Neuritis Optica, Estomatitis Gonocócica, Artritis de la rodilla, etc.

*Pronóstico*.—El pronóstico de la conjuntivitis blenorragica tratado a tiempo y bien, (dentro de los primeros cinco días) es bueno. Tratada tardíamente o abandonada asimismo es mala.

*Diagnóstico*.—El diagnóstico de la conjuntivitis gonocócica, se basa sobre la duración de la incubación, que no pasa en general de una semana, y su evolución rápida hacia el tipo clínico anteriormente descrito. Es el examen bacteriológico el único que permite hacer con certidumbre el diagnóstico definitivo.

Existe un cierto número de manifestaciones conjuntivales del recién nacido que se pueden prestar a confusión.

1°—Las reacciones por el nitrato de plata, debido a las instilaciones de este medicamento hechas en el momento del nacimiento al 1 o al 2% producen a veces una reacción conjuntival bastante viva con secreción purulenta y un ligero edema de las pupilas. Si el examen bacterioscópico se efectúa, se ve que no hay gonococo, siendo entonces el tratamiento el de simples lavados con suero fisiológico, obteniéndose en 24 horas el cese de los fenómenos. Si por el contrario por error de diagnóstico se instala en el recién nacido colirio del nitrato de plata la secreción aumenta, y no se hace, sino empeorar al niño afecto de la conjuntivitis medicamentosa.

2°—Las conjuntivitis no gonocócicas del recién nacido, se llaman también conjuntivitis a inclusiones.

Existe un gran número de casos, en los que se desarrolla en el recién nacido una inflamación de la conjuntiva que tiene todo el aspecto de conjuntivitis gonocócica, pero que al examen bacteriológico, aún repetido varias veces, no se encuentra el germen.

Se trata de infecciones de causas variables; ya en la etiología hablamos de las llamadas pseudo-gonocócicas, en las que no se encuentra el gonococo, y sí el estafilococo, bacilo de Friedlander. Es el examen bacteriológico el que a menudo resuelve las dudas. Se califica de conjuntivitis a inclusiones por el hecho de que en los frotos se puede poner en evidencia, por la coloración siguiendo el método de Giemsa, la presencia de inclusiones celulares análogas a las que se encuentran en el tracoma.

*Tratamiento*.—Se divide en profiláctico y curativo.

1°—*Profiláctico*.—Recordemos el axioma que dice: más vale prevenir las enfermedades que curarlas; es aquí donde se confirma de la manera más absoluta. El tratamiento profiláctico de la conjuntivitis blenorragica, tiene una importancia considerable. Es a Credé, médico alemán, a quien debemos el tratamiento profiláctico de la conjuntivitis blenorragica del recién nacido, y por medio del cual se ha visto disminuir esta enfermedad, de un 30% que tenía antes del empleo del tratamiento profiláctico hasta 1% más o menos.

El método de Credé, es sumamente sencillo: consiste en instilar en el fondo de saco conjuntival del recién nacido, una gota de nitrato de plata, al 1½ ó 2% y debe ser hecho de la siguiente manera:

1.—Lavar cuidadosamente con agua destilada o suero fisiológico esterilizado, los fondos de saco y demás porciones de la conjuntiva de ambos ojos.

2.—Invertir el párpado superior y poner al descubierto al mismo tiempo el fondo de saco inferior; instilar en esta superficie conjuntival, impidiendo que caiga sobre la córnea una gota de solución de nitrato de plata al 1 ó 2%.

3.—Lavar a continuación el exceso de nitrato de plata, blanquecino, con la solución de agua destilada o con suero fisiológico esterilizado. Para examinar al niño, lo mismo que para instilar el nitrato de plata, aquel debe ser sostenido por el médico o enfermera. Es conveniente emplear el separador de párpados, para mantener bien abierto el ojo enfermo.

2°—*Curativo*.—El médico, la enfermera o el practicante que realiza las curaciones de un enfermo atacado de la afección que nos ocupa, se expone a infectarse los ojos con pus blenorragico salvo que tome las precauciones necesarias. Es aconsejable el uso de anteojos protectores, al examinar los fondos de saco conjuntivales, pues al abrir los párpados, se escurre a veces con violencia hacia afuera una cierta cantidad de pus.

El tratamiento varía, según el período en que se encuentre la conjuntivitis. En el primero o de infiltración, cuando el edema es intenso e impide abrir los ojos, está indicado hacer lavados repetidos, cada media hora o cada hora, con solución de cloruro de sodio al 0.85%. Es conveniente, por esto, colocar el niño enfermo, bajo la constante vigilancia de una enfermera encargada únicamente de este tratamiento. Un irrigador conteniendo dos o tres litros de solución y colocado a poca altura de la cabeza del enfermo, se presta muy bien para estos lavados. El lavaje deberá ser suave, y el líquido introducido en los fondos de saco conjuntival, sin presión alguna, de modo que arrastre mecánicamente la secreción conjuntival.

Es conveniente antes que el enfermo se duerma, introducir en el fondo de saco conjuntival un poco de pomada oftálmica de sulfatiazol o a falta de ella, vaselina simple esterilizada, con el objeto de proteger la córnea e impedir el contacto de esta membrana con la conjuntiva. Algunos emplean la solución de permanganato de potasio al 0.2% ofrece la ventaja de tener cierta acción específica sobre el gonococo, pero en cambio es algo irritante. En caso que la tumefacción palpebral impida separar los párpados convenientemente, se debe proceder a seccionar el ángulo externo, es decir hacer una cantotomía. En esta forma no sólo se favorece el proceso curativo, por la derivación sanguínea que produce, sino que también suprime la presión que ejercen sobre la córnea los párpados tumefactos, al mismo tiempo que permite practicar los lavajes oculares.

Al cabo de dos o tres días de iniciado el proceso, cuando el edema palpebral disminuye y cuando se entra al segundo período, el de piorrea, debe continuarse siempre con los grandes lavajes de suero fisiológico, cada hora o cada media hora, según la cantidad de pus. Por medio de ellos se arrastran mecánicamente la supuración, impidiendo el contacto prolongado del epitelio corneano, con el pus blenorragico. En este segundo período, debe comenzarse con las cauterizaciones de nitrato de plata al 2%, una vez por día, según la intensidad de la supuración. Los párpados serán invertidos convenientemente, el nitrato de plata será aplicado sobre la mucosa conjuntival, como si se tratara de una conjuntivitis catarral aguda. A medida que la supuración disminuye, las cauterizaciones serán también menos frecuentes. Es conveniente también en este período, después del último lavaje nocturno, proteger la córnea por medio de pomada yodofórmica al 2%.

En el último período de blenorrea crónica o estado papilar, se substituye el nitrato de plata por un colirio de protargol al 5% o de argirol al 10%. Para combatir la hipertrofia papilar

de la conjuntiva, se practican, con buen éxito, los toques de la conjuntiva con lápiz de alumbre, y puede también prescribirse el colirio astringente a base del sulfato de zinc, al 1/2%, dos o tres gotas diarias en los fondos de saco.

Si existe la grave complicación de úlceras de la córnea, contra las cuales estamos casi desarmados. Se prescribirán fomentos calientes, Atropina al 1%, pomada de Sulfatiazol. La úlcera de la córnea, no contraindica las cauterizaciones con nitrato de plata que deben siempre continuarse, lo mismo que los grandes lavajes.

## CONJUNTIVITIS BLENORRAGICA DEL NIÑO Y DEL ADULTO

La conjuntivitis blenorragica del adulto y del niño difieren de la del recién nacido por las condiciones etiológicas, por la frecuencia, todavía mayor de las complicaciones corneanas y por el papel que juegan las infecciones asociadas, es por estas razones que merecen un capítulo aparte.

*Etiología.*—En el adulto casi siempre se trata de una contaminación accidental, efectuada por las manos de un enfermo atacado de blenorragia vaginal o uretral. Generalmente ella es unilateral, mientras que en el recién nacido, contaminado en el momento del nacimiento, al pasar por los órganos genitales maternos, es por lo general bilateral. En el niño por lo general la contaminación es hecha por sus parientes, u otras personas atacadas de blenorragia; el pus es transportado, sea por las manos, por los objetos de toilette, etc. En un gran número de casos la presencia de una vulvo-vaginitis gonocócica, explica la infección del ojo. En el adulto hay casos de auto-infección, enfermos que afectos de blenorragia, después de tocarse el miembro, se tocan los ojos. Han habido casos de médicos, practicantes o enfermeras, que haciendo un lavado a un sujeto blenorragico, accidentalmente reciben en los ojos unas gotas de lavado y veinticuatro horas más tarde presentan los primeros síntomas de conjuntivitis blenorragica. Se trata pues, de una enfermedad, sumamente contagiosa.

Es lógico pensar que en las poblaciones indígenas completamente apartadas de los centros urbanos, y más que todo porque por su escasa instrucción rehusan tratamiento y, huyen del médico, estas conjuntivitis pueden llegar a adquirir, una intensidad muy grande haciéndose así verdaderas epidemias, de funestas consecuencias.

Es natural pensar, y así ha sucedido que conforme las vías de comunicación se extienden más, la asistencia sanitaria es más efectiva, y, la instrucción se hace más general, estas epidemias tienden a desaparecer.

Es por estos tres medios que se puede lograr disminuir el porcentaje de ciegos, debidos a esta enfermedad.

*Síntomas.*—El período de incubación es difícil de precisar, lo primero que se observa es que el ojo se enrojece, que los párpados se hinchan y que aparece secreción. Al cabo de veinticuatro horas, aparece el aspecto que se observa en el recién nacido, es decir, edema conjuntival con fuerte reacción papilar, la presencia de pus abundante que se escurre cuando se abren los párpados. Existe siempre un dolor bastante vivo, fotofobia intensa, y un malestar general bastante acentuado. La palpación de la región pre-auricular permite demostrar la presencia de un ganglio movable pequeño, y poco doloroso. La duración de la afección es variable, llegando a ser en algunos casos, de varias semanas. Durante la convalecencia el ojo se abre progresivamente, pero la mucosa conjuntival permanece largo tiempo rojiza, hinchada, y se puede ver sobre todo con la ayuda del biomicroscopio la presencia de una reacción papilar intensa que puede durar varios meses.

*Anatomía Patológica y Patogenia.*—Desde un principio, se encuentran gonococos libres, en la superficie y en los intersticios de las células epiteliales. La parte superficial del epitelio comienza a descamar y la infiltración leucocitaria es intensa. Rápidamente esta invasión se extiende en profundidad y se encuentran glóbulos blancos polinucleares, conteniendo gonococos en las capas profundas del epitelio. La descamación se acentúa cada vez más, las células se transforman y degeneran. La leucocitosis es extremadamente abundante, los vasos aparecen dilatados y multiplicados; se encuentran pequeñas hemorragias intersticiales. Las lesiones descritas alcanzan su máximo sobre la conjuntiva palpebral, donde el epitelio es cilíndrico, mientras que, en la región del limbo, donde el epitelio es pavimentoso no se encuentran. La acción destructiva del gonococo sobre los tejidos y la reacción que en ellos provocan se explican fácilmente por la presencia del gonococo sobre los tejidos y también por la acción tóxica local.

*Complicaciones.*—Las que más se observan son las corneanas, que son más frecuentes en el adulto y en el niño que en el recién nacido. También se pueden observar complicaciones de orden general, reumatismo blenorragico, endocarditis, etc.

*Evolución.*—En los casos tratados a tiempo, (durante los cinco primeros días), y con un tratamiento correcto la enfermedad evoluciona hacia la curación en pocos días. En cambio en las incorrectamente tratadas o abandonadas a sí mismas la enfermedad evoluciona hacia las complicaciones que dan lugar casi invariablemente a la ceguera.

*Pronóstico.*—Así como la evolución de la enfermedad, el pronóstico depende de la precocidad del tratamiento y de su aplicación correcta.

*Formas Clínicas.*—Aquí a igual que la del recién nacido se pueden considerar, según la intensidad de los síntomas, tres formas clínicas: Ligera, mediana e intensa. Hay una cuarta forma clínica llamada metastásica. Esta forma, se caracteriza por una violenta inflamación conjuntival con abundante supuración y, lo más curioso desprovista de gonococo, se observa en sujetos atacados de blenorragia uretral; la inflamación conjuntival se hace por acción de toxinas gonocócicas, llevadas por la sangre (algunos piensan que por el gonococo mismo) y localizadas en los vasos conjuntivales. Esta clase de conjuntivitis, es de naturaleza análoga a las artritis e iritis sépticas que se observan en el curso de la blenorragia uretral crónica, fué descrita por Fournier, quien le llamó Reumatismo Ocular.

#### TRATAMIENTO.

1°—*Profláctico.*—Consiste en cuidados higiénicos. Recomendar a los sujetos atacados de blenorragia uretral, de lavarse las manos y desinfectárselas, de no tocarse los ojos, hacer los objetos de toilette personales, etc. Como ya dijimos anteriormente la afección es unilateral por lo general. Por eso se aconseja aislar el ojo sano con la ayuda de una venda monóculo provista de un vidrio de reloj, o de celuloide que se fijará cuidadosamente a la circunferencia de la órbita, con tira adhesiva. Como medida de precaución se aconseja instilar una o dos gotas de colirio de protargol al 10% en el ojo sano.

2°—*Curativo.*—En el primer período (de infiltración), se prescribirán compresas heladas, siempre que no haya ulceración, y grandes lavados de permanganato de potasio o suero fisiológico cada hora o cada dos horas.

En el segundo período (de piorrea) se recurrirá a los lavados abundantes y cauterizaciones con nitrato de plata, al 2% una vez al día.

En el último período (de blenorrea crónica) se recurrirá al Protargol al 10% o al Argirol al 20%.

*Tratamiento general.*—Consiste en la inyección de vacunas anti-gonocóccicas que dan muy buenos resultados, hoy día está casi abandonado por el empleo de otros procedimientos. Leche intradérmica a dosis de 2 a 4 botones al día.

*Tratamiento Moderno.*—Titulamos así, al tratamiento de la conjuntivitis blenorragica tanto del recién nacido como la del niño y el adulto por medio de Penicilina y Sulfas. Intencionalmente lo he dejado al final y aparte por su importancia.

## TRATAMIENTO CURATIVO DE LA CONJUNTIVITIS NEONATORUM POR PENICILINA

A continuación describiré el tratamiento curativo de la C. N. por medio de la penicilina usada localmente en solución. Es un procedimiento ya bien probado en la Sala de Infantes del Hospital General.

Se toman 100.000 unidades de Penicilina. Se le ponen 20 c. c. de agua destilada. Queda así por cada c. c. 5.000 unidades. Con jeringa y aguja esterilizada se instilan gotas. Una gota en ambos ojos cada media hora, durante 12 horas. Una gota cada hora, durante las 12 siguientes. Una gota cada dos horas, hasta ajustar 12 horas más. Es decir que el tratamiento dura en total 36 horas.

El frasco de penicilina es recomendable guardarlo en la refrigeradora, con la jeringa y aguja esterilizadas, introducida en el frasco, así se evita alteración y contaminaciones innecesarias.

Con este método se han obtenido muy buenos resultados. A las 24 horas el 90% de las conjuntivitis, gonorréicas o pseudo-gonorréicas han curado y el 100% a las 48 horas.

Se ha observado también que en ningún caso hay reacción alérgica.

Según los reportes de algunos hospitales de los Estados Unidos se observan con relativa frecuencia casos de alergia con el uso local de este tratamiento, en cambio en nuestro medio por razones hasta ahora no bien establecidas, no se observan.

Es pues un procedimiento magnífico y que debe ser usado.

Si el caso es muy grave se puede combinar el tratamiento local indicado, al general, usando la Penicilina intramuscular, 100,000 unidades.

También se puede usar la Penicilina en la siguiente forma:

De una solución de 2.000 unidades por c. c. se toman con un cuenta gotas cierta cantidad y se instilan en las conjuntivas una gota cada 30 minutos durante las tres primeras horas, después cada hora durante 24 más, y luego de dos en dos horas durante las siguientes 12 horas; después cada tres horas durante 12 restan-

tes hasta transcurridos dos días completos, desde la curación clínica aparente. Con esta dosificación (de 1,000 a 2,000 unidades por c. c.) se logran según estadísticas un 99% de curaciones y en otros casos hasta el 100%.

Según lo dicho anteriormente, el tratamiento parece excelente, pero hay que tomar en cuenta que, en muchos casos, y en una proporción que varía según algunos oftalmólogos Norteamericanos, de 15 a 25% se observan reacciones alérgicas más o menos marcadas en las conjuntivas. Entre nosotros no se observan dichas reacciones.

Es quizá por esta razón que no se ha adoptado como tratamiento sistemático, sin embargo, es posible que no esté lejano el día en que estas reacciones se logren eliminar y entonces constituirá el tratamiento de elección, universalmente recomendado.

La Penicilina inyectada intramuscularmente a dosis que varían según el criterio del médico no cabe duda que es un poderoso coadyuvante en el tratamiento de la conjuntivitis blenorragica en el recién nacido; acorta de manera sorprendente el período de curación, además por esta vía las reacciones alérgicas son menos frecuentes que instiladas directamente sobre las conjuntivas.

## TRATAMIENTO PROFILACTICO DE LA CONJUNTIVITIS NEONATORUM CON PENICILINA

Ha sido ensayado por mí en la Sala de Maternidad del Hospital General, de la manera siguiente:

100,000 unidades de Penicilina se diluyen en 20 c. c. de agua destilada. Se toman 4 c. c. de esta dilución, se ponen en un frasco gotero previamente esterilizado. Se agregan 4 c. c. de agua destilada, y así se obtiene una concentración de 2,500 unidades por c. c.

El colirio se debe renovar cada 24 horas, salvo que se tenga en refrigerador. El resto de la dilución de las 100,000 unidades se deja en la refrigeradora, alcanzando así para 5 cambios de colirio (5 × 4).

De la dilución de 2,500 unidades por c. c. (puestas en el frasco gotero) se toma mediana cantidad con el cuenta gotas y se instala en las conjuntivas del recién nacido dos gotas en cada ojo, teniendo cuidado que las gotas se extiendan perfectamente en las conjuntivas.

Como verá el lector, en las observaciones el resultado fué excelente. En la observación N° 9 apareció en el tercer día en el ojo derecho una ligera secreción, se mandó hacer un examen

bacteriológico, resultando negativo. En este caso hay que advertir que la madre fué atendida en su casa por una partera, no sabiendo la madre decir si le hicieron algún tratamiento, profiláctico. En este caso es muy posible que le hicieran el tratamiento de Credé, dando después una conjuntivitis medicamentosa, cosa que se observa a menudo con este método (de 6 a 8%).

El frasco de Penicilina de 100,000 unidades cuesta al hospital 40 centavos, los 40 c. c. de agua destilada 25 centavos; es decir que el colirio de Penicilina cuesta 65 centavos. Cada centímetro cúbico de Penicilina tiene 20 gotas, de manera que en 40 c. c. de Penicilina hay 800 gotas (40 × 20). Como se usan 4 gotas por paciente, es fácil deducir que el colirio alcanza para 200 recién nacidos.

### TRATAMIENTO DE LA CONJUNTIVITIS BLENORRAGICA DEL RECIEN NACIDO, DEL NIÑO, DEL ADULTO POR MEDIO DE LOS SULFANILAMIDOS

Los sulfanilamidos han sido empleados y siguen siendo para el tratamiento curativo de la conjuntivitis blenorragica, el tratamiento por Penicilina, por su menor toxicidad tiende a desplazarla, sin embargo, tiene la ventaja de su menor costo.

De los sulfanilamidos los que poseen mayor acción sobre el gonococo son: el Sulfatiazol y la Sulfadiazina. Con cualquiera de estos dos se puede hacer el tratamiento de la conjuntivitis de que nos ocupamos advirtiendo que el niño y sobre todo el recién nacido tolera dosis dos o tres veces mayores con relación a su peso, que el adulto.

La manera mejor de suministrarlos es según el peso del paciente y al menor síntoma de intoxicación se deben suspender. A continuación daré un cuadro que servirá de guía para suministrarlas, es la forma aconsejada por los pediatras Norteamericanos Holt y Howland.

|   | GRAMOS POR KILOGRAMO DE PESO |                        |
|---|------------------------------|------------------------|
|   | Primeras 24 horas            | Dosis de mantenimiento |
| Desde el nacimiento hasta los 3 meses . . . . . | 0.40                         | 0.25                   |
| De 3 meses a 2 años . . . . .                   | 0.30                         | 0.20                   |
| De 2 a 6 años . . . . .                         | 0.20                         | 0.15                   |
| De los 6 años en adelante . . . . .             | 0.20                         | 0.10                   |

Como se ve, la dosis acostumbrada para un niño de 6 años o más, es de 20 centigramos por kilo de peso en las primeras 24 horas, distribuidas en cinco o seis dosis; una cada cuatro horas. La dosis de mantenimiento es de 10 centigramos por kilo de peso distribuidas en la misma forma.

Es recomendable partiendo de la base de la tendencia que tiene la droga de producir acidosis, dar siempre los sulfanilamidos a partes iguales con bicarbonato de sodio. Las dosis anteriores son únicamente una guía que pueden ser modificadas según el criterio del médico basándose en la benignidad o gravedad del caso y en el conocimiento mayor o menor que tenga del organismo del paciente.

Los resultados obtenidos según casi todos los autores con los sulfanilamidos, es bastante satisfactorio.

### TRATAMIENTO DE LA OFTALMIA PURULENTA EN EL NIÑO Y EN EL ADULTO

Es aquí donde la Penicilina juega su gran papel, en varias de las observaciones que encontrará el lector en este trabajo, verá que en pocos días, los enfermos curaron únicamente con el tratamiento de Penicilina inyectada intramuscularmente a dosis que variaron de 200,000 a 400,000 unidades.

En los casos muy serios se puede aliar el tratamiento indicado en las líneas anteriores con el tratamiento clásico. Según mi criterio, los lavados de suero fisiológico o solución de permanganato de potasio no deben faltar. El tratamiento por medio de la Penicilina inyectada en el adulto, tiene la ventaja de acortar el período de curación, el de ser poco molesto para el enfermo, de necesitar menos material y personal y más que todo debemos recordar la gran ventaja que es, en los casos en que el paciente sufre a su vez de una uretritis blenorragica.

### E.—CONJUNTIVITIS DIFTERICA

Llamada también pseudo-membranosa, es producida por el bacilo diftérico o de Klebs-Löffler; y se caracteriza por la presencia en las conjuntivas de falsas membranas.

*Etiología.*—Como ya dijimos el agente causal es el bacilo de Klebs-Löffler; y a igual que la difteria laríngea y nasal, se presenta casi exclusivamente en los niños. Puede ser primitiva o consecutiva a una difteria faríngea o nasal, lo más común. Aparece en los niños por lo general a continuación de una fiebre eruptiva.

La conjuntivitis diftérica toma algunas veces caracteres epidémicos de tipo hospitalario o familiar.

El bacilo diftérico fué descubierto en 1883 por Klebs, un año más tarde fué aislado y cultivado por Löffler. Cinco años más tarde del descubrimiento de Klebs, Roux y Yersin, demostraron que el bacilo secreta una toxina, que es por medio de ella que el bacilo produce la enfermedad. El bacilo diftérico es polimorfo, sus dimensiones varían entre tres a siete micras de largo, por una anchura de 0.2 a 0.3. Se presentan en los frotos bajo forma de bastoncito ligeramente recurvado fácilmente coloreable por la anilina; es Gram positivo. En los cultivos de suero de buey coagulado es donde mejor se desarrolla, a las diez o quince horas, y a treintisiete grados da colonias redondeadas de bordes precisos de color grisáceo, más oscuras en el centro que en la periferia. Estas colonias están formadas por bacilos inmóviles dispuestos en (Lob) eles o bees.

El bacilo diftérico pertenece a las familias de las micobacteriacias y al género corinebacterium. Se puede desarrollar en medios aerobios o anaerobios. Coloreándolo por el azul de metileno potásico de Löffler o el azul de Roux se pueden poner en evidencia algunas granulaciones, que le dan un aspecto granuloso.

La existencia casi constante al nivel de las conjuntivas de microbios saprófitos del mismo grupo y morfología muy parecida al de Löffler, tales como el corinebacterium común, el cutis etc., expone a errores frecuentes y de malas consecuencias. Por este motivo es que ante un cuadro clínico, de conjuntivitis diftéricas y con mayor razón si existe o ha existido una angina diftérica anterior ya sea en el mismo niño o en otros que conviven con él, aunque el examen bacteriológico resulte negativo se debe proceder al tratamiento por la seroterapia.

*Síntomas.*—Nosotros describiremos aquí la forma típica mediana, la más frecuentemente observada en el niño.

Al examinar un enfermo atacado de esta conjuntivitis, se ve, que presenta los párpados edematosos, tumefactos, pegados por una secreción poco abundante. A menudo es difícil separar los párpados y en algunos casos es necesario instrumentos apropiados; una vez conseguida la separación se ve la conjuntiva bulbar fuertemente inyectada y que presenta generalmente una equimosis; en la conjuntiva del párpado superior es necesario para examinarla invertir el párpado. Es a nivel de las regiones tar-cianas, donde se puede ver un aspecto lívido que es debido a una exudación blanquecina, más o menos continua que recubre a menudo en totalidad las conjuntivas formando una verdadera

pseudo-membrana característica. Presenta la particularidad que ella sí puede ser desprendida, pero sangrando la mucosa. Presenta también la característica de la pseudo-membrana diftérica típica que es la de no disociarse en el agua.

Acompañando a estos síntomas es frecuente encontrar una adenopatía pre-auricular y sub-maxilar bastante marcada.

Como signos físicos tenemos: fotofobia más o menos intensa y fenómenos dolorosos que hacen que el niño no pueda estar en reposo.

Al examen biomicroscópico se puede ver la intensidad de la reacción conjuntival que se traduce por una neovascularización con sufusiones sanguíneas más o menos abundantes. Los exudados pseudo-membranosos se esconden como bajo un velo espeso, pero ligeramente transparente.

El estado general de los enfermos está más o menos atacado según el grado de intoxicación. La temperatura es generalmente poco elevada, a igual que en la difteria laríngea la respiración y el pulso están acelerados, hay palidez.

La afección es generalmente bilateral, más raramente unilateral y su evolución casi siempre es benigna, la curación se hace en dos o cuatro semanas, bajo la influencia de la seroterapia.

En cuanto al examen bacteriológico diremos que es el cultivo el único que permite hacer un diagnóstico definitivo.

#### FORMAS CLÍNICAS.

1º—*La forma benigna o superficial.*—Comienza con los síntomas de una conjuntivitis vulgar, con escasísima secreción y aparición de un edema del párpado superior. Sobre la conjuntiva palpebral se nota la presencia de una falsa membrana de color blanco grisáceo poco adherente y dejándose desprender con relativa facilidad. La conjuntiva nunca está ulcerada, esta falsa membrana vuelve a reproducirse al cabo de 24 horas. La conjuntiva bulbar está poco inyectada.

2º—*La forma catarral.*—Es una forma siempre benigna pero en la cual no existen falsas membranas, tiene casi todos los síntomas de una conjuntivitis catarral, de allí su nombre; pero al hacer el examen bacteriológico o el cultivo demuestran la presencia del bacilo diftérico.

3º—*Forma intensa, aguda o profunda.*—Como su nombre lo indica es una forma grave, en que los síntomas están muy marcados. Se ha convenido en describir tres períodos. En el pri-

mero o de infiltración que dura una semana aproximadamente; la conjuntiva bulbar y tarsal están cubiertas de falsas membranas muy adherentes y que una vez desprendidas dejan ver por debajo una ulceración, el ganglio pre-auricular está infartado y doloroso. En algunos puntos la conjuntiva está necrosada. En el segundo período llamado blenorético, se expulsan todas las zonas necrosadas, quedando en su lugar pérdida de substancia o ulceraciones; es entonces cuando se inicia una supuración conjuntival abundante. Por este último síntoma es que se ha convenido en llamarle a este segundo período blenorético. El tercer período es el de cicatrización, en él las partes necrosadas de la conjuntiva son reemplazadas por tejido cicatricial de nueva formación.

El epitelio de la córnea toma por lo general parte también de este proceso de esclerosis y se produce al final una ceguera irremediable.

Esta es la forma que traen la mayoría de las veces complicaciones graves.

En esta última forma clínica los síntomas generales toman una intensidad especial, el enfermo se encuentra postrado, la temperatura elevada y la adinamia es profunda.

*Complicaciones.*—Entre las más graves tenemos: 1°—La desecación total de la mucosa conjuntival con opacificación de la córnea (Xerosis). 2°—Estrechuras adherencias entre la porción bulbar y la palpebral de la conjuntiva, impidiendo la movilidad del globo ocular (Simblefaron). 3°—Ulceraciones, perforaciones, leucomas de la córnea, etc.

*Evolución.*—La evolución depende en primer lugar de la forma clínica de que se trate. En segundo lugar y sin duda el más importante de la precocidad del diagnóstico por lo tanto del tratamiento.

Entre más tarde se trate una conjuntivitis diftérica, más dificultosa será su curación.

*Pronóstico.*—Depende a igual que la evolución, de los mismos factores. En general podemos decir que la forma común diagnosticada a tiempo y convenientemente tratada es de pronóstico benigno.

*Anatomía Patológica.*—El examen anatómico-patológico permite demostrar una congestión vascular, acompañada de una infiltración leucocitaria más o menos intensa, tanto en la superficie de la mucosa, como en su profundidad.

La córnea presenta una descamación epitelial y una infiltración leucocitaria que algunas veces se acompaña de necrosis de las láminas corneanas y de sus células.

*Patogenia.*—El modo de acción del bacilo diftérico, como anteriormente dijimos, es por medio de su toxina. Esto ha podido ser demostrado en animales, a los que se les ha podido reproducir lesiones conjuntivales y corneanas de las 10 a las 48 horas después de poner la toxina sobre las conjuntivas. Por medio de estos experimentos se ha demostrado también la acción favorecedora y agravante de los traumatismos.

*Diagnóstico.*—Además del bacilo de Löffler hay un número de microbios capaces de provocar falsas membranas y conducir así a un error de diagnóstico. Así tenemos: gonococo, estreptococo, estafilococo, bacilo xeroso, neumobacilo, etc.

Pueden dar también lugar a formación de falsas membranas sobre las conjuntivas, agentes de naturaleza diferente a las toxinas microbianas: cal, fuego, cáusticos, nitrato de plata, etc.

Entre las formas clínicas vimos la forma catarral-diftérica, muy difícil de diagnosticar clínicamente.

Por estas razones es necesario siempre en todos los casos de conjuntivitis a falsas membranas, proceder al examen bacteriológico para investigar la presencia del bacilo de Löffler. Sin embargo para tener una seguridad absoluta, no basta el sólo examen de un frote. Sabemos que en la conjuntiva normal y patológica existe el bacilo xeroso, de gran semejanza morfológica con el bacilo de Löffler. Por esta razón no sólo es necesario hacer cultivo sino también es conveniente hacer inoculación a los animales (caballos) que mueren rápidamente si se trata de bacilo diftérico y siguen sanos si se trata del bacilo de la xerosis. Como ya anteriormente dijimos, por medio de coloraciones especiales se pueden lograr la coloración de los corpúsculos de Neisser, que es a menudo un recurso para conocer el bacilo de Löffler.

#### TRATAMIENTO.

*Profláctico.*—Se logra por medio de la vacuna antidiftérica y aislando al enfermo.

*Curativo.*—Su éxito depende de la precocidad de su aplicación. Lo dividiremos en tratamiento general y local.

*General.*—Consiste en la inyección de suero anti-diftérico de una sola vez a la dosis de 1,000 unidades anti-tóxicas por kilogramo de peso del enfermo.

En presencia de un sujeto sensibilizado por una sueroterapia anterior, se deberá inyectar primero un décimo de centímetro cúbico subcutáneamente, se esperará una hora, al cabo de la cual, si no se ha observado síntomas de intolerancia se pondrá la dosis

necesaria. En caso de intolerancia con la primera inyección de un décimo de centímetro cúbico, se procederá a desensibilizar al enfermo siguiendo el método que la práctica y el criterio del médico crean más convenientes.

*Local.*—Consiste en grandes lavados con soluciones antisépticas débiles, cuidando de separar los párpados suavemente para no herir el epitelio corneano; el objeto es arrastrar todos los productos de secreción que se hayan formado; las soluciones más empleadas son: Permanganato de potasio al  $0.2 \times 1,000$  la de ácido bórico al 4%, etc.

Se emplean también con éxito, colirios de argirol al 2 ó 5%, mercurio cromo al 1%. Algunos aconsejan instilaciones de suero antidiftérico en el fondo de saco conjuntival, dos o tres veces por día. Conviene proteger la córnea con ayuda de una pomada con yodoformo o bien usar la pomada oftálmica de Sulfatiazol o Penicilina.

Finalmente las compresas boricadas tibias estarán indicadas para combatir la inflamación palpebral y conjuntival.

## TERCERA PARTE

### CAPITULO I

#### OBSERVACIONES

##### Observación Número 1.

*Generales.*—G. Y. Edad, 36 años. Profesión, Agricultor. Originario, Palencia. Residente, Palencia. Estado Civil, Soltero. Ingresó, 15 de Noviembre de 1945.

*Historia.*—Refiere el enfermo que hace más o menos 6 días comenzó con fuerte comezón en ambos ojos, sensación de piedrecitas en los párpados, también ha notado que la luz le molestaba, que los ojos se le pegaban no pudiéndolos abrir con facilidad al despertarse y que le sale una secreción. Todos estos síntomas han ido aumentando hasta la fecha.

*Antecedentes Oculares.*—Cuando pequeño recuerda haber tenido mal de ojos.

*Datos generales de importancia.*—Temperatura, 37-2. Pulso, 85 por minuto. P. A., 130/80. Aspecto, Bueno. Llama la atención al verlo, la inflamación ocular.

*Examen ocular.*—Agudeza visual, difícil de apreciar por la gran fotofobia que presenta el enfermo.

*Aparato exterior.*—Cejas, Normales. Pestañas, Aglutinadas unas con otras por la secreción conjuntival.

*Aparato Lagrimal.*—Sacos, Normales. Puntos, Normales. Permeabilidad, Buena. Párpados, Algo hinchados. Movimientos oculares, Normales.

*Fobias.*—Poder prismático, Normal. Convergencia, Normal. Divergencia, Normal. Reflejos a la luz, Normal.

*Conjuntivas.*—A la inspección, se observa la conjuntiva bulbar húmeda y muy enrojecida, se ven pequeñas hemorragias.

Las conjuntivas palpebrales también se ven humedecidas y muy hiperemiadas, y edematosas. Se puede apreciar fácilmente la fuerte secreción conjuntival de color amarillento.

Córnea, Normal. Cámara anterior, Normal. Iris, Normal. Pupila, Normal. Cristalino, Normal. Vitrio, Normal. Fondo de ojo, Normal. (Se examinó una vez curado el enfermo, antes la fotofobia lo dificultaba). Proyección a la luz, Buena. Tensión ocular, Normal.

*Diagnóstico provisional.*—Conjuntivitis catarral.

*Examen bacterioscópico.*—*Resultado.*—La muestra examinada contiene bacilos de Koch-Weeks.

*Diagnóstico definitivo.*—Conjuntivitis catarral aguda.

*Diagnóstico etiológico.*—Bacilos de Koch-Weeks.

*Tratamiento.*—1°—Lavados tres veces al día (Solución de A. B.) al 4%. 2°—Inyección de leche intradérmica, dosis de 3 botones cada 24 horas. 3°—Colirio de sulfato de zinc, tres veces al día. 4°—Toques de nitrato de plata al 1%, dos veces al día.

*Resultado.*—Salió curado, el 22 de Noviembre de 1945.

Nota.—En las siguientes observaciones y para evitar repeticiones, el lector encontrará únicamente lo importante con respecto a los casos que nos ocupan.

### Observación Número 2.

*Generales.*—A. P. Edad, 40 años. Profesión, Albañil. Residente, Chiquimula. Originario de Chiquimula. Estado civil, Casado. Ingresó, 10 de Octubre de 1945. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Igual que en la anterior. Únicamente agrega que antes de venir al Servicio, le dieron en una farmacia una medicina para que se lavara los ojos, con ella sólo sintió ligero alivio, no recuerda cual fué y decide ingresar.

*Datos generales de importancia.*—Temperatura, 37. Pulso, 86. P. A., 118/70. Aspecto, Bueno. Llama la atención al verle la inflamación ocular y lagrimeo.

*Examen ocular.*—*Aparato excretor.*—Pestañas, se presentan aglutinadas unas con otras por la secreción conjuntival.

*Conjuntivas.*—A la inspección, la conjuntiva bulbar se presenta sumamente roja e inyectada, da la impresión de estar humedecida.

Las conjuntivas palpebrales están fuertemente hiperemiadas de color rojo fuerte y como humedecidas.

*Diagnóstico provisional.*—Conjuntivitis catarral.

*Examen Bacterioscópico.*—*Resultado.*—La muestra examinada contiene bacilos de Koch-Weeks.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis catarral aguda.

*Diagnóstico Etiológico.*—B. de Koch-Weeks.

*Tratamiento.*—Igual que en el caso anterior con la única

diferencia que se le inyectaron 4 botones de leche en vez de 1 y que el toque de Nitrato de Plata se hizo una vez al día por así considerarlo necesario.

*Resultado.*—Salió curado el 15 de Octubre de 1945.

### Observación Número 3.

*Generales.*—L. R. Edad, 15 años. Profesión, Estudiante. Residente, Chiquimula. Originario de Chiquimula. Estado Civil, Soltero. Ingresó, 16 de Octubre de 1945. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Igual que la anterior.

*Datos generales de importancia.*—Temperatura, 37. Pulso, 75. P. A., 110/65. Aspecto, Bueno. Llama la atención al verle la inflamación ocular y lagrimeo.

*Examen Ocular.*—*Aparato exterior.*—Pestañas, se presentan aglutinadas entre sí.

*Conjuntivas.*—Igual que en el caso anterior.

*Diagnóstico provisional.*—Conjuntivitis catarral.

*Examen Bacterioscópico.*—*Resultado.*—La muestra examinada contiene bacilos de Koch-Weeks.

*Diagnóstico Etiológico.*—B. de Koch-Weeks.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis catarral aguda.

*Tratamiento.*—Igual que en el caso anterior, con la única diferencia que se le inyectaron 4 botones de leche en vez de 1 y que el toque de Nitrato de Plata se hizo dos veces al día.

*Resultado.*—Salió curado el 21 de Octubre de 1945.

### Observación Número 4.

*Generales.*—B. D. Edad, 50 años. Profesión, Linotipista. Residente, Guatemala. Originario de Guatemala. Estado Civil, Casado. Ingresó, 20 de Noviembre de 1945. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Igual que en la observación anterior, con la diferencia de presentar una evolución únicamente de dos días.

*Datos generales de importancia.*—Temperatura, 37. Pulso, 85. P. A., 125/75. Aspecto, Cansado. Llama la atención el uso de anteojos oscuros.

*Examen Ocular.*—*Aparato Excretor.*—Pestañas, nada de importancia.

*Conjuntivas.*—A la inspección la conjuntiva bulbar se presenta ligeramente enrojecida y algo inyectada.

Las conjuntivas palpebrales también están algo enrojecidas e hiperemiadas.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis catarral.

*Examen Bacterioscópico.*—Resultado.—La muestra examinada contiene escasos bacilos de Koch-Weeks.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis catarral aguda, (forma ligera).

*Diagnóstico Etiológico.*—B. de Koch-Weeks.

*Tratamiento.*—1°—3 botones de leche intradérmica. 2°—Lavados de A. B. al 4% tres veces al día. 3°—Colirio de Sulfato de Zinc, tres veces al día.

*Resultado.*—Salió curado el 25 de Noviembre de 1945.

### Observación Número 5.

*Generales.*—M. Z. Edad, 48 años. Profesión, Mecánico. Residente, Guatemala. Originario de Guatemala. Estado civil, Soltero. Ingresó, 14 de Diciembre de 1945. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Refiere el enfermo que hace dos días que sintió que los párpados se le hinchaban, los ojos se le enrojecieron y que le salía una secreción que rápidamente le aumentó. Siente fuerte dolor en los ojos, la luz le molesta y se ha sentido con el cuerpo muy cortado.

*Datos generales de importancia.*—Temperatura, 37.8 Pulso, 88. P. A. 120/75. Aspecto, Cansado. Llama la atención al verle la hinchazón de los párpados y la gran cantidad de secreción. No se encontró en la región preauricular la presencia de ganglio. No hay secreción uretral. No se pudo establecer el contagio.

*Examen Ocular.*—*Aparato Excretor.*—Nada de importancia.

*Conjuntivas.*—La conjuntiva bulbar se encuentra ligeramente hematizada, las conjuntivas palpebrales están enrojecidas e hinchadas. Se advierte la presencia de pus abundante en ellas.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis blenorragica del adulto.

*Examen Bacterioscópico.*—Resultado.—En la muestra examinada se encontraron abundantes gonococos I. U. T. A. y extracelulares. Leucocitos, células epiteliales y moco, abundantes.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis blenorragica del adulto, (Forma mediana).

*Diagnóstico Etiológico.*—G. de N.

*Tratamiento.*—1°—*Profiláctico.*—Se le dan al enfermo las instrucciones del caso. 2°—*Tratamiento Curativo.*—Lavados cada dos horas con solución de Permanganato de Potasio al 1 × 5,000. 3°—Penicilina 200,000 unidades. Cada 100,000 unidades disueltas en 20 c. c. de suero fisiológico. Dosis de 4 c. c. cada 3 horas.

*Resultado.*—Salió curado el 19 de Diciembre de 1945.

*Generales.*—O. V. Edad, 35 años. Profesión, Agricultor. Residente, Escuintla. Originario de Escuintla. Estado Civil, Casado. Ingresó, 5 de Noviembre de 1945. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Igual que la observación anterior, pero con una evolución de tres días a cuatro, síntomas un poco más marcados y mayor secreción conjuntival. Además la afección es unilateral. O. D.

*Datos generales de importancia.*—*Temperatura*, 37.3. Pulso, 78. P. A., 115/70. Aspecto, Regular. Llama la atención al verle la fuerte secreción conjuntival.

En la región preauricular se advierte la presencia de un ganglio inflamado. Examen Uretral, Negativo. No se puede establecer el contagio.

*Examen Ocular.*—*Aparato Exterior.*—Negativo.

*Conjuntivas.*—La conjuntiva bulbar se encuentra hematizada.

Las conjuntivas palpebrales están enrojecidas e hinchadas. Se advierte la presencia de pus abundante de un color más o menos verdoso.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis blenorragica del adulto.

*Examen Bacterioscópico.*—Resultado.—En la muestra examinada se encontraron abundantes gonococos I. U. T. A. y extracelulares. Leucocitos, células epiteliales y moco, abundantes.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis blenorragica del adulto, (Forma mediana).

*Diagnóstico Etiológico.*—G. de N.

*Tratamiento.*—1°—*Profiláctico.*—Se le dan al enfermo las instrucciones del caso. 2°—Para preservar el ojo sano (ojo izquierdo) se pone un colirio de Protargol al 10% dos gotas al día. 3°—*Tratamiento Curativo.*—Lavados cada dos horas con solución de Permanganato de Potasio al 1 × 5,000. 4°—Penicilina 200,000 unidades. Cada 100,000 unidades disueltas en 20 c. c. de suero fisiológico. Dosis de 4 c. c. cada 3 horas.

*Resultado.*—Salió curado el 9 de Noviembre de 1945.

### Observación Número 7.

*Generales.*—V. A. Edad, 25 años. Profesión, Jornalero. Residente, San Juan Ostuncalco. Originario de San Juan Ostuncalco. Estado Civil, Soltero. Ingresó, 7 de Octubre de 1945. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Refiere el enfermo que hace 6 días principió con ardor a nivel de ambos ojos, fotofobia, lagrimeo y casi ninguna secreción; dice que cree que su enfermedad es debida a la introducción de tierra en los ojos, pues en esos días hacía mucho viento.

*Datos generales de importancia.*—Temperatura, 37. Pulso, 70. P. A., 112/68. Aspecto, Bueno. Llama la atención la presencia de un pequeño quiste infra-orbitario, izquierdo.

*Examen Ocular.*—*Aparato exterior.*—Normal.

*Conjuntivas.*—En la conjuntiva bulbar no se observa nada de importancia. En las conjuntivas palpebrales únicamente ligero enrojecimiento.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis simple.

*Examen Bacterioscópico.*—Resultado.—En la muestra examinada no se encontró nada anormal. Negativo.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis simple.

*Diagnóstico Etiológico.*—Exposición al viento y a la tierra.

*Tratamiento.*—1°—Lavados de Acido Bórico al 4% dos veces al día. 2°—Unguento oftálmico de Sulfatiazol, una vez al día.

*Resultado.*—Curó a los cuatro días de su afección conjuntival. Fué operado el día 13 del quiste infra-orbitario por el doctor J. M. Medrano. Salió el 17 de Octubre de 1945.

### Observación Número 8.

*Generales.*—E. C. Edad, 38 años. Profesión, Oficios domésticos. Residente, Guatemala. Originario de Guatemala. Estado Civil, Soltero. Ingresó, 4 de Marzo de 1946. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Igual que en la Observación N° 1. Con ligeras variantes de ninguna importancia. No dió ningún antecedente ocular.

*Datos generales de importancia.*—Ninguno.

*Examen Ocular.*—*Aparato Exterior.*—Pestañas, aglutinadas unas con otras por la secreción.

*Conjuntivas.*—Igual que en la Observación N° 1.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis catarral.

*Examen Bacterioscópico.*—Resultado.—La muestra examinada contiene bacilos de Koch-Weeks.

*Diagnóstico Etiológico.*—B. de Koch-Weeks.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis catarral aguda.

*Tratamiento.*—Igual que en la Observación N° 1.

*Resultado.*—Salió curado el 8 de Marzo de 1946.

### Observación Número 9.

*Generales.*—E. H. Edad, 31 años. Profesión, Carretero. Residente, Guatemala. Originario de Petapa. Estado Civil, Soltero. Ingresó, 5 de Noviembre de 1945. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Igual que en la observación N° 1, pero con una evolución de ocho días y síntomas más marcados.

*Antecedentes Oculares.*—Hace 5 años padeció de un fuerte mal de ojos que fué curado con remedios que le dió un farmacéutico.

*Datos generales de importancia.*—Ninguno.

*Examen Ocular.*—*Aparato Exterior.*—A primera vista parece que no tuviera pestañas, todas se encuentran pegadas unas con otras hacia el párpado.

*Conjuntivas.*—A la inspección se observa la conjuntiva bulbar húmeda y muy enrojecida, se ven hemorragias de mediana intensidad. Las conjuntivas palpebrales también se ven muy hipermiadas, están edematosas y enrojecidas. Tienen un aspecto húmedo, hay abundante secreción de color amarillento. Hay ligera inyección periquerática.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis catarral aguda (forma intensa).

*Examen Bacterioscópico.*—La muestra examinada contiene bacilos de Koch-Weeks. Leucocitos. Células Epiteliales.

*Diagnóstico Etiológico.*—B. de Koch-Weeks.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis catarral aguda (forma intensa).

*Tratamiento.*—1°—Leche, 5 botones por día. 2°—Lavados con solución de A. B., tres veces al día. 3°—Colirio de Sulfato de Zinc fuerte. 4°—Toques de N. de P.

*Resultado.*—Salió curado el día 10 de Marzo de 1946.

### Observación Número 10.

*Generales.*—D. O. Edad, 28 años. Profesión, Carretero. Residente, San José Pinula. Originario de Antigua. Estado Civil, Casado. Ingresó, 27 de Febrero de 1946. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Refiere el enfermo que hace seis días principió con ardor a nivel del ojo derecho, ese ardor ha ido aumentando, después el ojo le lagrimeaba y como a los cuatro días más o menos principió con las mismas molestias en el otro ojo. Dice haber notado que después de transitar los caminos se pone peor. Se ha hecho lavados con agua de sal, pero sólo ha sentido ligero alivio.

*Datos generales de importancia.*—Ninguno.

*Examen Ocular.—Aparato Exterior.—Normal.*

*Conjuntivas.—*La conjuntiva bulbar del ojo izquierdo se presenta enrojecida, la del ojo derecho ligeramente. Las conjuntivas palpebrales también enrojecidas. Sólo se encontró ligera secreción.

*Diagnóstico Provisional.—*Conjuntivitis simple.

*Examen Bacterioscópico.—Resultado.—*En la muestra examinada únicamente se encuentran leucocitos y células epiteliales.

*Diagnóstico Etiológico.—*Exposición al viento y a la tierra y a otros agentes irritantes.

*Diagnóstico Definitivo.—*Conjuntivitis simple.

*Tratamiento.—*1°—Lavados de A. B. al 4%, tres veces al día. 2°—Ungüento Oftálmico de Sulfatiazol, una vez al día. 3°—Inyección de leche, 3 botones al día.

*Resultado.—*Salió curado el 10 de Marzo de 1946.

### Observación Número 11.

*Generales.—*F. M. Edad, 62 años. Profesión, Agricultor. Residente en Guatemala. Originario, San Marcos. Estado Civil, Casado. Ingresó, 18 de Febrero de 1946. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.—*Refiere el enfermo que hace cuatro días principió con sensación de pequeños cuerpos extraños entre los párpados, ardor, algo de lagrimeo, fotofobia. Además ha notado que de ambos ojos le sale una secreción que ha ido aumentando.

*Datos generales de importancia.—*Ninguno.

*Examen Ocular.—Aparato Exterior.—Normal.*

*Conjuntivas.—*La conjuntiva bulbar de ambos ojos se encuentra sumamente enrojecida. Las conjuntivas palpebrales están edematosas e hiperemiadas y como humedecidas. Se observa abundante secreción de color amarillento.

*Córnea.—*Arco senil muy marcado. La córnea se muestra inflamada. Agudeza visual, medianamente disminuída.

*Diagnóstico Provisional.—*Queratoconjuntivitis.

*Examen Bacterioscópico.—Resultado.—*La muestra examinada contiene bacilos de Koch-Weeks, leucocitos y células epiteliales, abundantes.

*Diagnóstico Etiológico.—*B. de Koch-Weeks.

*Diagnóstico Definitivo.—*Conjuntivitis catarral aguda y Queratitis.

*Tratamiento.—*1°—Leche inyectada, 3 botones al día, durante cuatro días. 2°—Colirio de Sulfato de Zinc, tres veces al día. 3°—Pomada de Sulfatiazol, una vez al día.

*Resultado.—*Salió curado el 24 de Febrero de 1946.

### Observación Número 12.

*Generales.—*S. L. Edad, 58 años. Profesión, Hojalatero. Residente, Guatemala. Originario de Antigua. Estado Civil, Soltero. Ingresó, 25 de Abril de 1946. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.—*Como en la observación anterior, con la diferencia de que la evolución es de siete días y que la secreción es más abundante.

*Datos generales de importancia.—*Refiere haber estado hace 20 años en tratamiento antilúético.

*Antecedentes Oculares.—*Cuando joven tuvo mal de ojos, fué curado.

*Examen Ocular.—Conjuntivas.—*Se encuentra sumamente enrojecido la conjuntiva bulbar. Las conjuntivas palpebrales se encuentran hiperemiadas y humedecidas. Se observa abundante secreción de color verdoso amarillento.

*Diagnóstico Provisional.—*Se piensa en una conjuntivitis catarral y también en una conjuntivitis a tipo clínico definido, pero a caracteres clínicos variables (estafilococo, estreptococo, etcétera).

*Examen Bacterioscópico.—Resultado.—*Bacilos de Koch-Weeks. Glóbulos blancos, abundantes.

*Diagnóstico Etiológico.—*B. de Koch-Weeks.

*Diagnóstico Definitivo.—*Conjuntivitis catarral aguda.

*Tratamiento.—*1°—Lavados con solución de permanganato al 1 x 1.000, tres veces al día. 2°—Colirio de Sulfato de Zinc, dos veces al día. 3°—Leche, 3 botones al día. 4°—Sulfatiazol en comprimidos (10 gramos).

*Nota.—*Por el antecedente lúético se manda a hacer un B. W.

*Resultado.—*Francamente positivo.

Se le da salida el 1° de Mayo y se traslada a la Sala de Urología para su tratamiento correspondiente.

### Observación Número 13.

*Generales.—*J. A. Edad, 29 años. Profesión, Barrendero. Residente en Guatemala. Originario de Palencia. Estado Civil, Soltero. Ingresó, 31 de Octubre de 1946. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.—*Refiere el enfermo que hace tres o cuatro días más o menos que sintió como si en el ojo derecho tuviera una pestaña, se buscó, no encontrando nada, también sintió picazón bajo los párpados. Por las mañanas amanecía con las pestañas pegadas. Cada día ha ido aumentando la secreción así como las molestias

descritas, siente molestia por la luz fuerte, estos síntomas los ha empezado a sentir en el otro ojo.

*Datos generales de importancia.*—Ninguno.

*Antecedentes Oculares.*—Cuando pequeño recuerda haber tenido mal de ojos dos veces.

*Examen Ocular.*—*Aparato Exterior.*—Pestañas, aglutinadas unas con otras por una cantidad mediana de secreción.

*Conjuntivas.*—Las conjuntivas se presentan de color rojo, este enrojecimiento es más marcado en el ángulo interno, se pueden apreciar lesiones eritematosas muy ligeras del borde ciliar, siendo más marcada en los ángulos. La cantidad de secreción es mediana.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis catarral.

*Examen Bacterioscópico.*—Resultado.—La muestra examinada contiene diplobacilos de Mörax-Axenfeld.

*Diagnóstico Etiológico.*—Diplobacilos de Mörax-Axenfeld.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis catarral sub-aguda (angular).

*Tratamiento.*—1°—Inyección de leche, 2 botones al día. Durante tres días. 2°—Toques de Nitrato de Plata, al 1% una vez al día, durante 3 días. 3°—Colirio de Sulfato de Zinc, tres veces al día, durante 6 días. 4°—Pomada de Sulfatiazol, tres veces al día, durante 6 días.

*Resultado.*—Salió curado el 7 de Noviembre de 1946.

#### Observación Número 14.

*Generales.*—M. E. Edad, 32 años. Profesión, Sastre. Residente, Jalapa. Originario de Chiquimula. Estado Civil, Viudo. Ingresó, 9 de Agosto de 1946. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Igual a la observación anterior (N° 13) con la diferencia que la evolución es de seis días, los síntomas son un poco menos marcados, únicamente la secreción es más abundante.

*Antecedentes Oculares.*—Sufre de catarata madura en el ojo izquierdo.

*Examen Ocular.*—*Aparato exterior.*—Pestañas, aglutinadas unas con otras.

*Conjuntivas.*—Igual que en la observación N° 13.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis Catarral.

*Examen Bacterioscópico.*—Resultado.—La muestra examinada contiene diplobacilos de Mörax-Axenfeld.

*Diagnóstico Etiológico.*—Diplobacilos de Mörax-Axenfeld.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis catarral sub-aguda (angular).

*Tratamiento.*—1°—Inyección de leche, 3 botones intradérmicos durante cuatro días. Una vez al día. 2°—Pomada de Sulfatiazol durante cinco días. Una vez al día. 3°—Colirio de Sulfato de Zinc, durante cinco días. Tres veces al día.

*Resultado.*—Salió curado el 14 de Agosto de 1946.

*Nota.*—Rehusó tratamiento operatorio de su catarata.

#### Observación Número 15.

*Generales.*—T. G. Edad, 31 años. Profesión Jornalero. Residente en Tecpán. Originario de Chimaltenango. Estado Civil, Soltero. Ingresó, 8 de Octubre de 1946. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—Es igual a la observación N° 13. De particular encontramos que su evolución es de ocho días, los síntomas son más marcados, la secreción muy abundante. No hay antecedentes oculares.

*Datos generales de importancia.*—Ninguno.

*Examen Ocular.*—*Aparato Exterior.*—Pestañas, aglutinadas unas con otras por fuerte secreción.

*Conjuntivas.*—Igual que en la observación N° 13 con la diferencia que las lesiones eritematosas del borde ciliar son un poco más marcadas, la secreción más abundante y en el ojo derecho hay una pequeña ulceración de la córnea.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis catarral.

*Examen Bacterioscópico.*—Resultado.—La muestra examinada contiene diplobacilos de Mörax-Axenfeld.

*Diagnóstico Etiológico.*—Diplobacilos de Mörax-Axenfeld.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis catarral sub-aguda.

*Complicaciones.*—Pequeña ulceración de la córnea en el ojo derecho.

*Tratamiento.*—1°—Leche, 4 botones, una vez al día, durante tres días. 2°—Toques de Nitrato de Plata al 1% una vez al día durante 3 días. 3°—Colirio de Sulfato de Zinc, tres días, tres veces. 4°—Pomada de Sulfatiazol, tres veces al día, durante 4 días. 5°—Atropina, dos gotas al día.

*Resultado.*—Salió curado el 14 de Octubre de 1946.

#### Observación Número 16.

*Generales.*—E. O. Edad, 25 años. Agricultor. Originario de Tapachula. Residente, Alta Verapaz. Ingresó, 4 de Octubre de 1946.

*Historia.*—Igual que la observación N° 6. Siendo la afección unilateral, ojo izquierdo. En el resto de la observación nada de importancia.

*Conjuntivas.*—Igual que la observación N° 6, con síntomas más marcados y secreción muy abundante.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis blenorragica del adulto.

*Examen Bacterioscópico.*—Resultado.—En la muestra examinada se encuentran abundantes gonococos, leucocitos, algunas células epiteliales y moco.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis Blenorragica, del adulto, forma fuerte.

*Diagnóstico Etiológico.*—G. de N.

*Tratamiento.*—1°—*Profiláctico.*—Se da al enfermo las instrucciones del caso. 2°—Para preservar el ojo sano (O. D.) se pone un colirio de Protargol al 10% dos gotas al día. 3°—Tratamiento curativo: se ponen en total 400,000 unidades. Disolviendo cada 100,000 en 20 c. c. de suero fisiológico. Dosis: 4 c. c. cada cuatro horas. 4°—Penicilina oftálmica una vez al día. 5°—Lavados de Permanganato de Potasio al  $1 \times 5,000$ , 2 veces al día.

*Resultado.*—Salió curado el 22 de Octubre de 1946.

### Observación Número 17.

*Generales.*—J. T. Edad, 20 años. Profesión, Estudiante. Originario, Antigua. Residente, Guatemala. Ingresó, 14 de Noviembre de 1946. Servicio de Oftalmología del H. G.

*Historia.*—*Conjuntivas.*—Igual que la observación anterior, pero siendo la afección bilateral.

*Diagnóstico Provisional.*—Conjuntivitis blenorragica del adulto.

*Examen Bacterioscópico.*—Resultado.—Positivo de G. N.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis blenorragica del adulto, forma mediana.

*Diagnóstico Etiológico.*—G. de N.

*Tratamiento.*—1°—Penicilina 100,000 unidades disueltas en 20 c. c. de suero fisiológico. 4 c. c. cada 4 horas. 2°—Pomada Oftálmica de Sulfatiazol, 3 veces al día. 3°—Colirio de Sulfato de Zinc, tres veces al día.

*Resultado.*—Salió curado el 26 de Noviembre de 1946.

Aquí se combinó el tratamiento de P. con el colirio de S. de Z. y el Sulfatiazol local, dando buen resultado, pero alargándose el período de curación.

### Observación Número 18.

*Generales.*—J. L. Las demás generales sin importancia. Ingresó, 7 de Junio de 1946.

*Historia.*—*Conjuntivas.*—Igual que la observación anterior con ligeras variantes sin importancia.

*Diagnóstico Provisional.*—*Examen Bacterioscópico.*—Igual que la observación anterior.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis blenorragica del adulto. Forma Mediana.

*Diagnóstico Etiológico.*—G. de N.

*Tratamiento.*—3 botones de leche, colirio de Sulfato de Zinc y unguento de Penicilina.

*Resultado.*—Salió curado el 14 de Junio de 1946.

### Observación Número 19.

*Generales.*—B. N. Las demás generales sin importancia. Ingresó, 15 de Octubre de 1946.

*Historia.*—*Conjuntivas.*—Igual que la observación N° 1, con ligeras variantes.

*Diagnóstico Provisional.*—*Examen Bacterioscópico.*—Igual que la observación N° 1.

*Diagnóstico Definitivo.*—Conjuntivitis catarral aguda.

*Diagnóstico Etiológico.*—Bacilo de Koch-Weeks.

*Tratamiento.*—Igual al de la observación N° 1. Agregándose unguento oftálmico de Sulfatiazol, una vez al día.

*Resultado.*—Salió curado el 28 de Octubre de 1946.

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| Observación Número 20. . . . . | F. M.    |
| Observación Número 21. . . . . | S. A.    |
| Observación Número 22. . . . . | H. G.    |
| Observación Número 23. . . . . | P. O. A. |
| Observación Número 24. . . . . | R. R.    |
| Observación Número 25. . . . . | C. P.    |
| Observación Número 26. . . . . | F. C.    |
| Observación Número 27. . . . . | R. R. A. |
| Observación Número 28. . . . . | L. S.    |
| Observación Número 29. . . . . | C. B.    |
| Observación Número 30. . . . . | J. L. O. |
| Observación Número 31. . . . . | J. M. R. |
| Observación Número 32. . . . . | A. G.    |

Son todos casos análogos al anterior, es decir de Conjuntivitis Catarral Aguda, a Koch-Weeks; en todos se mandó hacer examen bacterioscópico, resultando positivos de Bacilos de Koch-Weeks, confirmándose así el diagnóstico. El tratamiento de todos, fué análogo al de la observación N° 1, con ligeras variantes sin importancia. Ingresaron y salieron curados respectivamente, como a continuación indicaré:

|                  |         |          |              |          |
|------------------|---------|----------|--------------|----------|
| F. M. . . . .    | Ingresó | 7/8/46.  | Salió curado | 12/8/46. |
| S. A. . . . .    | "       | 19/10/46 | " "          | 2/11/46  |
| H. G. . . . .    | "       | 8/11/46  | " "          | 13/11/46 |
| P. A. . . . .    | "       | 11/11/46 | " "          | 14/11/46 |
| R. R. . . . .    | "       | 12/8/46  | " "          | 16/8/46  |
| C. P. . . . .    | "       | 18/5/46  | " "          | 21/5/46  |
| F. C. . . . .    | "       | 29/8/46  | " "          | 4/9/46   |
| R. R. A. . . . . | "       | 3/9/46   | " "          | 7/9/46   |
| L. S. . . . .    | "       | 23/8/46  | " "          | 29/8/46  |
| C. V. . . . .    | "       | 6/11/46  | " "          | 15/11/46 |
| J. L. O. . . . . | "       | 11/11/46 | " "          | 16/11/46 |
| J. M. R. . . . . | "       | 25/2/47  | " "          | 30/2/47  |
| A. G. . . . .    | "       | 1/1/47   | " "          | 7/3/47   |

|                                |          |
|--------------------------------|----------|
| Observación Número 33. . . . . | E. P.    |
| Observación Número 34. . . . . | E. V.    |
| Observación Número 35. . . . . | M. C.    |
| Observación Número 36. . . . . | M. C. O. |
| Observación Número 37. . . . . | E. M.    |
| Observación Número 38. . . . . | F. G.    |
| Observación Número 39. . . . . | S. V.    |
| Observación Número 40. . . . . | J. P.    |

Son todos casos análogos a la observación N° 13. De conjuntivitis catarral sub-aguda a diplobacilos de Mörax-Axenfeld. En todos los casos se mandó a hacer examen bacterioscópico resultando positivos de diplobacilos de Mörax-Axenfeld; confirmándose así el diagnóstico. El tratamiento en todos fué análogo en la observación N° 13.

Ingresaron y salieron curados respectivamente como a continuación indicaré:

|                  |         |          |              |          |
|------------------|---------|----------|--------------|----------|
| G. P. . . . .    | Ingresó | 9/8/46.  | Salió curado | 14/8/46. |
| E. V. . . . .    | "       | 29/10/46 | " "          | 7/11/46  |
| M. C. . . . .    | "       | 14/10/46 | " "          | 19/10/46 |
| M. C. O. . . . . | "       | 7/11/46  | " "          | 15/11/46 |
| E. M. . . . .    | "       | 7/11/46  | " "          | 15/11/46 |

|               |         |           |              |          |
|---------------|---------|-----------|--------------|----------|
| F. G. . . . . | Ingresó | 18/12/46. | Salió curado | 23/12/46 |
| S. B. . . . . | "       | 2/2/47    | " "          | 13/2/47  |
| J. P. . . . . | "       | 2/2/47    | " "          | 16/2/47  |

De los cuarenta casos de conjuntivitis agudas a germen conocido y a tipo clínico definido, presentados, en este trabajo encontramos: 22 de conjuntivitis catarral aguda, con un tiempo de curación que duró entre 4 y 13 días. Diez y nueve de conjuntivitis catarral sub-aguda, con un tiempo de curación entre 5 y 8 días. Cinco de conjuntivitis blenorragica del adulto, con un tiempo de curación entre 5 y 18 días. El caso de 18 días, se debió a que fué en el que menos Penicilina se empleó. Dos casos de conjuntivitis simple con un tiempo de curación de 4 y 13 días respectivamente.

En cuanto al tratamiento, los casos presentados se puede ver en las observaciones que en las conjuntivitis catarrales agudas empleamos: lavados de Acido Bórico al 4% tres veces al día. Inyección de leche intradérmica de 1 a 4 botones una vez al día según se creyó conveniente. Colirio de Sulfato de Zinc, tres veces al día. Toque de Nitrato de Plata al 1%, una o dos veces al día según se creyó conveniente.

En las conjuntivitis sub-agudas se empleó:

Inyecciones de leche intradérmica una vez al día, 1 a 3 botones según se creyó conveniente. Colirio de Sulfato de Zinc, tres veces al día. Toques de Nitrato de Plata al 1%, una vez al día. En la observación N° 15 se empleó Atropina, dos gotas al día para luchar contra la pequeña ulceración de la córnea que presentaba el enfermo, en el ojo derecho.

En los cinco casos de conjuntivitis blenorragica se empleó como tratamiento profiláctico, en los casos en que la afección fué unilateral, Colirio de Protargol al 10%. Se le dieron instrucciones al enfermo. Se empleó como tratamiento curativo, la Penicilina intra-muscular en una dosis total de 100,000 a 400,000 unidades. En el caso en que se emplearon 100,000 unidades en total se hizo en vía de ensayo, también se puso pomada Oftálmica y Sulfatiazol tres veces al día, y Colirio de Sulfato de Zinc, también tres veces. Es el caso de la observación N° 17, que tardó en curar 18 días y que se puede atribuir a que únicamente se emplearon 100,000 unidades, pues en los otros casos en que se empleó mayor dosis la curación fué mucho más rápida, de cinco a siete días.

El tratamiento empleado en los dos casos de conjuntivitis simple fué lavados de Acido Bórico al 4% dos veces al día y unguento Oftálmico de Sulfatiazol, una vez al día. En el caso de la observación N° 10 se agregó inyección de leche intradérmica botones al día, por considerarlo así necesario.

No se pudo presentar ninguna observación de conjuntivitis diftérica, debido a que durante dos años no se presentó a la sala ningún caso.

Además de las observaciones aquí presentadas tuve oportunidad de observar más de 100 casos de conjuntivitis a germen conocido y tipo clínico definido. Los tratamientos empleados fueron los mismos que para los casos aquí presentados, el orden de frecuencia el mismo, no presentándolos aquí por tener análogos cuadros clínicos y evitar repeticiones.

## **OBSERVACIONES DEL TRATAMIENTO PROFILACTICO POR PENICILINA EN EL RECIEN NACIDO**

### **Observación Número 1.**

*Generales.*—M. G. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso 8½ libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 13-3-47.

*Resultado.*—Fué completamente satisfactorio. No se observó ninguna reacción alérgica. No se presentó ninguna inflamación conjuntival.

### **Observación Número 2.**

*Generales.*—S. S. D. G. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 8 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 13-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### **Observación Número 3.**

*Generales.*—J. P. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras, 3 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 13-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### **Observación Número 4.**

*Generales.*—A. M. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 13-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### **Observación Número 5.**

*Generales.*—A. H. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Distósico. Peso, 6 libras 8 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 12-3-47.

*Nota.*—El trabajo del parto fué muy prolongado.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### **Observación Número 6.**

*Generales.*—C. C. B. M. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 13-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### **Observación Número 7.**

*Generales.*—M. A. E. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 12-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### **Observación Número 8.**

*Generales.*—M. G. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, . . . . . Peso, 6 libras 3 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 12-3-47.

*Nota.*—El niño nació en la calle, en el trayecto al Hospital. Al llegar a la Sala de Maternidad se le puso el colirio de Penicilina, y se hicieron los cuidados del caso.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 9.

*Generales.*—M. D. de G. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 11-3-47.

*Resultado.*—A los cuatro días apareció en el ojo derecho, ligera secreción, el examen bacterioscópico resultó negativo, el niño curó en 3 días.

Nota.—Este parto fué atendido en la casa de la madre. No se sabe si le hicieron en su casa otro tratamiento.

### Observación Número 10.

*Generales.*—C. F. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 12-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio.—Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 11.

*Generales.*—I. M. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 14-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio.—Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 12.

*Generales.*—B. P. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 14-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 13.

*Generales.*—C. M. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras 7 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 14-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 14.

*Generales.*—M. H. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras 10 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 14-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 15.

*Generales.*—I. Q. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras 2 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 14-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 16.

*Generales.*—C. U. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 14-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 17.

*Generales.*—R. S. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 15-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 18.

*Generales.*—M. A. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras 8 onzas. Fecha del parto, 13-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 19.

*Generales.*—M. A. M. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término.

no. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 $\frac{1}{2}$  libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 13-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

#### Observación Número 20.

*Generales.*—M. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras 8 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 13-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

#### Observación Número 21.

*Generales.*—V. P. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 14-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

#### Observación Número 22.

*Generales.*—Z. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 14-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

#### Observación Número 23.

*Generales.*—C. M. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 14-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

#### Observación Número 24.

*Generales.*—G. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 16-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

#### Observación Número 25.

*Generales.*—R. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 $\frac{1}{2}$  libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 16-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

#### Observación Número 26.

*Generales.*—M. U. M. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 15-3-47.

*Resultado.*.... .

Nota.—La madre no supo si en el momento del nacimiento le hicieron el tratamiento profiláctico, por lo que se hizo dando buenos resultados.

#### Observación Número 27.

*Generales.*—P. M. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras 4 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 16-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

#### Observación Número 28.

*Generales.*—M. L. O. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 $\frac{1}{2}$  libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 15-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

#### Observación Número 29.

*Generales.*—F. A. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras 6 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 15-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 30.

*Generales.*—G. G. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras 8 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 16-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 31.

*Generales.*—G. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 16-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 32.

*Generales.*—A. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 17-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 33.

*Generales.*—T. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 17-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 34.

*Generales.*—M. L. H. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6 libras 8 onzas. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 17-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 35.

*Generales.*—R. R. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término.

Tipo del Parto, Normal. Peso, 5½ libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 17-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 36.

*Generales.*—E. v. de G. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Femenino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 5½ libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 17-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 37.

*Generales.*—M. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6½ libras. Gotas de Ojos, Colirio de Penicilina. Fecha del Parto, 17-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 38.

*Generales.*—J. M. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras 15 onzas. Fecha del Parto, 16-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 39.

*Generales.*—V. E. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 7 libras 5 onzas. Fecha del parto, 16-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

### Observación Número 40.

*Generales.*—R. C. Servicio de Maternidad del H. G. Sexo Niño, Masculino. Aspecto, Bueno. Edad Fetal, A Término. Tipo del Parto, Normal. Peso, 6½ libras. Fecha del Parto, 16-3-47.

*Resultado.*—Satisfactorio. Igual que en la observación N° 1.

Además de las 40 observaciones aquí presentadas lo he ensayado en otros muchos niños, con muy buenos resultados.

Con el método de Credé según se puede ver en el Servicio de Infantes del Hospital General, aparecen de un 6 a 8% de conjuntivitis medicamentosas. Como se puede ver, el tratamiento por Penicilina carece de ese inconveniente. En otros casos ensayé poner en el mismo niño, dos gotas de Penicilina en un ojo y en el otro hacer el tratamiento de Credé; en algunos casos se observó del lado del Nitrato de Plata, mediana conjuntivitis medicamentosa, en ningún ojo se presentó conjuntivitis gonocócica o Pseudogonorréica. En los casos de conjuntivitis neonatorum, confirmados, ha dado magnífico resultado el tratamiento curativo con Penicilina en la forma que ya quedó indicada.

En cuanto al tratamiento curativo con Penicilina intramuscular en casos de conjuntivitis neonatorum, puedo decir que en dos oportunidades que la emplí dió resultado en un período de 72 a 96 horas. No la emplí más por falta de casos.

Es lógico pensar que así como la Penicilina actúa sobre el gonococo, también actuará sobre los otros micro-organismos Gram negativos, evitando así las conjuntivitis provocadas por ellos.

## CONCLUSIONES

- 1°—Todo médico general debe tener conocimiento de la semiología conjuntival y tener presente el diagnóstico diferencial entre Conjuntivitis, Iritis y Glaucoma; en caso de diagnóstico dificultoso o en presencia de complicaciones, deberá enviar su paciente al especialista. Siempre que le sea posible se hará un examen bacteriológico de la secreción, siendo en la mayoría de los casos suficiente, dejando para los casos dudosos o negativos, el cultivo y en último término la inoculación a los animales.
- 2°—Siendo las conjuntivitis agudas y sub-agudas muy contagiosas, es aconsejable que en las escuelas, baños públicos, etc., no se permita la asistencia de los atacados hasta su completa curación. Debe formar parte de todo programa sanitario, la divulgación de los peligros de las afecciones que nos ocupamos, enseñándole al público cuáles son las primeras manifestaciones para que pueda recurrir desde los primeros síntomas a su curación.
- 3°—El tratamiento profiláctico del recién nacido debe tener carácter de OBLIGATORIO, no debiendo omitirse bajo ninguna circunstancia. Recomiendo en especial usar el de la Penicilina local que me dió muy buenos resultados, a falta de él se puede recurrir al de Credé, que es también un buen método, no olvidando que en algunos casos produce conjuntivitis medicamentosa.
- 4°—Según demuestra el presente trabajo, en nuestro medio, la frecuencia de las conjuntivitis de que nos ocupamos es la siguiente:
  - a) Conjuntivitis Catarral Aguda producida por el bacilo de Koch-Weeks.
  - b) Conjuntivitis Catarral Sub-aguda producida por el diplobacilo de Mörax-Axenfeld.

- c) Conjuntivitis Blenorragica del adulto.
- d) Conjuntivitis Simple.
- e) Conjuntivitis Neonatorum que es muy poco frecuente en los medios hospitalarios.
- f) Conjuntivitis Diftérica: no se presentó ni un sólo caso.

5°—Para el tratamiento de la Conjuntivitis Catarral Aguda y Sub-aguda aconsejo por haber dado muy buenos resultados el siguiente: Lavados oculares de Acido Bórico al 4%, tres veces al día, leche inyectada intradérmica a la dosis de tres botones; Colirio de Sulfato de Zinc, tres veces al día, dos gotas en cada ojo, de la forma fuerte o débil, según crea conveniente el médico; pomada Oftálmica de Sulfatiazol, dos o tres veces al día.

6° —Para el tratamiento de la Conjuntivitis Blenorragica del adulto aconsejo: como tratamiento curativo, Penicilina intramuscular a dosis totales de 200.000 a 400.000 unidades, según el caso, la práctica demuestra que este tratamiento es muy bueno, curándose el paciente entre 4 y 7 días por término medio, si el médico lo considera necesario se hacen lavados de Permanganato de Potasio al 1 por 5,000. Como tratamiento profiláctico en caso de que la afección sea unilateral, se instalará en el ojo sano Colirio de Protargol al 10% dos o tres veces al día y a falta de este, de Argirol al 20%, además se dará al enfermo las instrucciones de profilaxia necesarias.

Para el tratamiento curativo de la Conjuntivitis Blenorragica del niño, aconsejo el uso de la Penicilina local, conforme al tratamiento de 36 horas indicado al tratar esa afección.

7°—Como tratamiento curativo de la Conjuntivitis Simple, aconsejamos: lavados de Acido Bórico al 4% tres veces al día y si el período de curación se prolonga inyección de leche intradérmica, a dosis de tres botones.

8°—Como tratamiento profiláctico de la conjuntivitis diftérica, aconsejamos: la vacuna antidiftérica. Como curativo la inyección de Suero Antidiftérico a dosis de 1,000 unidades

anti-tóxicas por kilogramo de peso del enfermo de una sola vez, teniendo siempre presente los accidentes del suero y tomando las precauciones necesarias.

9°—Entre nosotros, según demuestra el presente trabajo, la Penicilina en forma de colirio instilada directamente sobre la conjuntiva, así como usada intramuscular, no da reacciones alérgicas más que en casos relativamente raros. Queda, pues, eliminada la razón principal por la que no se ha adoptado en todos los países. No causando ningún daño y sí mucho bien por su efectividad, me he permitido en el curso de este trabajo, así como en las conclusiones, aconsejar, se adopte de manera sistemática en el tratamiento de las diferentes variedades clínicas de Conjuntivitis blenorragica.

GUILLERMO WYLD GÁNDARA.

Vº Bº

JOSÉ MIGUEL MEDRANO,  
Jefe de la Sala de Oftalmología de Hombres  
del Hospital General.

Imprímase,

C. M. GUZMÁN,  
Decano.

## BIBLIOGRAFIA

- Traité d'Ophthalmologie.—*P. Bailliart, Ch. Coutela E., Redslob. E. Velter.*
- Tratado de Oftalmología.—*Fuchs y Salzmann.*
- Manual Práctico de Oftalmología.—*Raúl Algañaraz.*
- Manual de Enfermedades de los Ojos.—*C. E. Finlay y Tomas R. Yanes.*
- Enfermedades de los Ojos.—*Wiechman y Paal.*
- Tratado de Oftalmología.—*Terrian.*
- Tratado de Oftalmología.—*Möraz.*
- Textbook of Ophthalmology.—*Gifford.*
- Physiologie Oculaire Clinique.—*A. Magitot.*—1946.
- Biomicroscopie de la Conjunctive.—*A. Guenod et R. Nataf.*
- Tratado de Oftalmología.—*Möraz.*

## PROPOSICIONES

- Anatomía Descriptiva.* . . . . . Generalidades anatómicas del aparato de la visión.
- Anatomía Topográfica.* . . . . . Cápsula de Tenon.
- Anatomía Patológica.* . . . . . Reblandecimiento Cerebral.
- Bacteriología.* . . . . . Bacilo de la Difteria.
- Clinica Quirúrgica.* . . . . . Mamografía.
- Clinica Médica.* . . . . . Sondeo Duodenal.
- Física Médica.* . . . . . Oftalmoscopio.
- Fisiología.* . . . . . Visión de los colores.
- Higiene.* . . . . . Profilaxia de la Difteria.
- Histología.* . . . . . Glándulas Mamarias.
- Toxicología.* . . . . . Intoxicación por el plomo.
- Obstetricia.* . . . . . Placenta Previa.
- Parasitología Médica.* . . . . . Onchocercosis.
- Patología Quirúrgica.* . . . . . Artritis Tuberculosa.
- Patología Médica.* . . . . . Sprue.
- Patología Tropical.* . . . . . Paludismo Crónico.
- Pediatría.* . . . . . Salmonelosis.
- Psiquiatría.* . . . . . Demencia Senil.
- Técnica Operatoria.* . . . . . Ligadura de la Radial.
- Terapéutica Clínica.* . . . . . Tratamiento de la Lepra.
- Terapéutica Farmacológica.* . . . . . Arrenal.