

En los casos de tricocefalosis confirmada por el examen coprológico empleámos solamente el jugo o leche de higuerón en estado fresco, el que siempre nos dio resultados halagüeños, no sólo en los casos de tricocefalosis pura, sino en aquellos en que este gusanillo estaba asociado a la uncinaria o a la lombriz, siendo igualmente eficaz para todos los parásitos intestinales.

La dosis que empleámos no bajó nunca de diez gramos en niños de corta edad, hasta ochenta gramos en adultos, hombres o mujeres. Aconsejámos la adición de un gramo de ácido salicílico a ciento de jugo de higuerón para aumentar su conservación, procurando usar mensualmente jugo fresco para obtener los mejores resultados.

---

## APUNTACIONES

### SOBRE OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA, TOMADAS EN LA CLIENTELA CIVIL DE BOGOTÁ

Por el doctor ARTURO ARBOLEDA (de Bogotá).

(Para el tercer Congreso Médico de Colombia).

Entre los temas que recomienda la Junta Organizadora del tercer Congreso Médico Nacional, en su sección segunda, figura una amplia parte dedicada a la patología de los órganos de los sentidos.

Deseosos nosotros de contribuir, siquiera sea en pequeño grado, a la formación de la patología nacional, nos hemos propuesto, por medio del presente trabajo, presentar algunas apuntaciones generales sobre oftalmología y otorrinolaringología.

Hasta hoy la publicación de estadísticas ha sido bastante defectuosa en Colombia, y sólo poseemos las que publican los boletines oficiales de higiene sobre datos no siempre completos que les suministran los establecimientos de beneficencia, y en ellas son escasísimos los que se refieren a enfermedades de los órganos de los sentidos, y como la única base verdaderamente científica en que puedan fundarse los que algún día escriban nuestra patología nacional es la estadística, queremos contribuir con ella al progreso que diariamente van tomando las ciencias médicas en Colombia.

Como no disponemos de un servicio hospitalario en que con frecuencia se ven numerosos e interesantes enfermos, hemos recurrido a los apuntes que diariamente tomamos en nuestra clientela civil; con este fin, cada enfermo que acude a nuestra clínica privada es inscrito bajo un número, en el

que hacemos todas las anotaciones que le conciernen, llevando así la marcha de su historia clínica.

La premura del tiempo, por la disposición de la Junta Organizadora que ordena presentar los trabajos para el Congreso el 15 de octubre, no nos ha permitido hacer un recuento detallado y completo de todos los casos, así es que solamente hemos tomado la primera serie, 2,754 enfermos.

En estas observaciones no se ha hecho ninguna selección, y las hemos tomado en el orden en que se han presentado los enfermos desde el número 1 hasta el 2,754, para que así, sin seleccionar, se puedan tener datos que por sus porcentajes sirvan de base a una estadística, incluyendo aun los casos más triviales y de casi ninguna importancia científica; una estadística sobre *casos raros* solamente, no tendría el mismo valor.

El número escaso de enfermos que presentamos, por sí solo, no constituye una base como aquellas de que se sirven los autores europeos consultando las enormes estadísticas que se llevan en los hospitales, pero sí puede servir de punto de partida para los trabajos que posteriormente hagan los especialistas y médicos colombianos, y suministrar datos sobre cuáles sean las más frecuentes afecciones que se observan en Bogotá en los ramos de la especialidad.

De estos datos que hemos tomado en la clientela civil, no puede, en absoluto, deducirse una proporción general para los enfermos de Bogotá, porque muchas de las enfermedades que se ven en el consultorio privado no se ven casi en nuestros hospitales, y viceversa. Así, por ejemplo, el astigmatismo, que constituye un 10 por 100 de los individuos atacados de enfermedades de ojos en nuestra clientela civil, apenas se registra entre los enfermos que acuden a los servicios hospitalarios, no porque entre nuestro pueblo no lo haya, sino porque siendo su inmensa mayoría analfabeto, no siente la necesidad de corregir sus vicios de refracción como las gentes educadas. Otras muchas afecciones aparecen en los cuadros que presentamos con porcentajes sumamente bajos, siendo muy comunes, lo que hace ver, más bien que su rareza, la poca frecuencia con que en esos casos se consulta al práctico.

Como el objeto de estas apuntaciones no es hacer un tratado completo de patología, no hemos hecho sino ligeros comentarios sobre la marcha especial de algunas afecciones, y nos hemos limitado a apuntar su peculiar evolución entre nosotros, las modificaciones que hemos creído conveniente introducir en su tratamiento, y las formas no descritas en los tratados clásicos, prescindiendo de fútiles descripciones que son fáciles de encontrar en cualquier tratado.

Por no alargarnos demasiado, hemos resumido nuestras observaciones en cuadros, en que al frente de cada

observación se halla un *número de orden*, que es al que nos referimos cada vez que las citamos; luego el número de inscripción en nuestra clínica y el nombre del enfermo en iniciales, para no revelar el secreto profesional; su sexo (H, hombre; M, mujer), edad, profesión, residencia habitual, diagnóstico y observaciones que se han presentado en cada caso.

A estos cuadros acompaña un resumen estadístico de todos ellos, en que se marca su mayor o menor frecuencia, y otro cuadro donde hemos hecho figurar aparte los enfermos operados.

Hecha esta advertencia a propósito de nuestras observaciones, séanos permitido hacer sobre ellas en general los siguientes comentarios.

### ENFERMEDADES DE LOS OJOS

**ENFERMEDADES DE LAS CEJAS**—(Observaciones números 1 y 2). Como las lesiones que en esta región se presentan son las más de las veces de origen piloso, no es al oftalmólogo sino al dermatólogo a quien acuden los enfermos; lo que explica su corto número en esta estadística. Fuera de alopecias sifilíticas y leprosas, que no hemos hecho figurar en nuestros cuadros, no aparece sino un quiste dermoide de la cola de la ceja, que se operó con buen éxito (observación número 1) y una herida de la misma región, operada también con éxito (observación número 2).

Las enfermedades del seno frontal entrarán en la parte rinológica.

**ENFERMEDADES DE LOS PÁRPADOS**—Las enfermedades de los párpados son mucho más frecuentes; entre las neoformaciones sólo figuran dos: un xantelasma (observación número 2 A) y un neuvi materni no operado (observación número 3).

**HERIDAS**—Aunque este accidente es muy frecuente, sólo figura una herida contundente (observación número 4), pues casi siempre los enfermos acuden en estos casos a un cirujano general.

**QUEMADURAS**—En la única observación que figura (observación número 5), no tuvimos ningún éxito en el tratamiento, pues vimos al enfermo al cuarto día del accidente.

**ECZEMAS**—(Observaciones números 6 a 9). En la generalidad de marcha aguda y secos se presentan bajo la forma de eczemas en anteojos con prurito y ardor. En todos nos ha dado buen éxito, fuera del régimen general y tratamiento de la causa, la aplicación de nitrato de plata al 1 por 40.

**ZONA OFTÁLMICA**—(Observación número 10). En esta observación llama la atención la persistencia de la anestesia

de la córnea mucho tiempo después de pasados los fenómenos inflamatorios.

**TIC DEL PÁRPADO**—(Observación número 11). En el caso que figura, el vicio de refracción parece ajeno a su etiología y no depender sino del estado neuropático del individuo.

**BLEFARITIS CILIAR**—(Observaciones números 12 a 82). Siendo tantas y tan diversas las causas de las infecciones del borde ciliar, debiéramos hacer aquí una completa clasificación según la naturaleza de los agentes infecciosos, pero como esta sería una ímproba labor con cada enfermo, en la mayoría de los cuales no hemos hecho examen microscópico, nos limitamos a decir que de los ochenta y dos casos citados, sesenta y cinco presentan vicios de refracción, que una vez corregidos han modificado la blefaritis; de ahí que sistemáticamente examinemos la refracción de todos los enfermos de blefaritis ciliar que acuden a nuestro consultorio. En los diez y siete casos restantes pueden imputarse, en su mayoría, como causa, las afecciones nasales impetiginosas o las parasitosis del cuero cabelludo, especialmente los piojos.

Como tratamiento médico hacemos la desinfección del borde ciliar mediante lavados con una solución de bórax al 1 por 100 en agua salada al 7 por 1,000, solución que ayuda a desprender las costras y por ser isotónica no produce las frecuentes irritaciones que a diario se observan en los individuos que, atacados de esta afección, se someten a lavados de agua boricada. Fuera de estos lavados hacemos masajes del borde ciliar con pomada de óxido amarillo de hg, haciendo así al mismo tiempo que una expresión lo más completa posible del borde ciliar, una antisepsia con la sal mercurial. En los casos en que el óxido amarillo no nos ha dado éxito, recurrimos a las pomadas con ictiol, óxido de cinc o precipitado blanco, sin descuidar el tratamiento general (escrófula, sífilis, etc.).

**ORZUELOS**—(Observaciones números 83 a 85). Siendo tan frecuente esta afección, no figuran sino tres observaciones, pues la generalidad de los enfermos no acude al especialista en estos casos.

**CHALAZIÓN**—(Observaciones números 86 a 100). Quince casos se han operado con buen éxito. Uno se reabsorbió espontáneamente, y de los demás no operados no se volvió a tener noticia. El método operatorio que usamos es el clásico descrito en los tratados de cirugía oftalmológica.

**TRIQUEIASIS**—(Observación número 101). Aunque no figura sino un solo caso, esta enfermedad la hemos visto frecuentemente, pero no han sido registrados todos los enfermos en la estadística y no recordamos cuántos sean.

**PTOSIS DEL PÁRPADO**—(Observaciones números 102 a 106). Figura una congénita que rehusó operarse, y otra de origen desconocido, que aunque el individuo era emétrope, se exageraba con la lectura, y la atribuimos a la neurastenia; dos de origen específico, y una como complicación sinusitis frontal.

**ENTROPIÓN**—(Observaciones números 107 a 109 A). Figuran cuatro. Uno espasmódico que apareció después de quitar los puntos de una blefarorrafia que se hizo para lesiones neuromusculares de una neuritis del oftálmico de Willis, y que tratamos con una sutura de Snellen, sin éxito, pues la triquiasis continuó lo mismo; y tres más, uno cicatricial y dos por triquiasis, operados con buen éxito por el método de Anagnostakis-Panas.

**ECTROPIÓN**—(Observaciones números 110 a 112). Figuran tres casos que hemos clasificado entre los ectropiones seniles, de los cuales ha sido uno operado con buen éxito por el procedimiento de Szimanowski. Electropión, bastante frecuente entre nosotros, por lo general no preocupa a los enfermos lo bastante, así es que con frecuencia se encuentran por las calles individuos con el párpado inferior completamente vuelto hacia afuera, sin que nunca se les ocurra ocurrir al médico para buscar alivio en esta clase de dolencia.

**EPITELIOMA DEL PÁRPADO**—(Observaciones números 113 a 115). En los casos observados uno rechazó la operación, otro sufrió una intervención quirúrgica. El tumor era muy pequeño y bastó hacer una quemadura con galvanocauterio que destruyera el tumor. Este procedimiento lo hemos practicado muchas veces en los pequeños epitelomas cutáneos, sin temor al *nolli me angere*, y no podemos menos de congratularnos de sus excelentes resultados, siempre que la cauterización sea profunda y se destruya con el tumor parte de los tejidos circunvecinos.

Siendo tan caprichosa la marcha de estos tumores y tan diferentes los resultados que anotan las estadísticas que hemos consultado, creemos que el mismo resultado pueda ser el obtenido por la galvanocauterización, que con la exeresis o los métodos cáusticos. Esto, tratándose de epitelomas de pequeña extensión, sin infartos ganglionares, y marcha relativamente benigna, pues en el caso contrario no vacilamos en la intervención sangrienta, como hemos tenido ocasión de hacerlo con éxito en el Hospital de San Juan de Dios, en una época en que fuimos encargados del curso de oftalmología. Fueron dos casos, en que en uno de ellos se practicó no sólo la extirpación del epitelioma sino la exantelación de la órbita. (No figuran en esta estadística).

**LAGRIMEO**—(Observaciones números 116 a 136). Aunque la palabra lagrimeo de por sí no representa un diagnóstico sino un síntoma, hemos reunido con este nombre las observaciones de los enfermos que lo presentaban.

De veintiún lagrimeos quince pueden ser atribuidos a la atresia de las vías lagrimales marcada únicamente por el reflujo de las lágrimas sobre las mejillas, sin mayores lesiones aparentes de las vías lagrimales.

Estos casos han cedido fácilmente al tratamiento consistente en la incisión del punto lagrimal, seguido en la mayoría de las veces del cateterismo dilatador.

Las alteraciones nasales explican, por las íntimas relaciones anatómicas de los órganos, que en muchos casos ellas sean la causa del lagrimeo (pólipos, hipertrofia de los cornetes, rinitis, etc.), como hemos tenido ocasión de observar. (Observaciones números 134 y 135).

Las infecciones de las vías lagrimales son un factor preponderante de lagrimeo, ya sea que los gérmenes patógenos penetren por la vía ocular o sigan una vía ascendente penetrando por la nariz, siendo el más habitual el neumococo (observaciones números 122 y 135). Los otros casos son debidos a lesiones antiguas del saco lagrimal; probablemente antiguas dacriocistitis que pasaron inadvertidas por los pacientes, en las que hicimos la extirpación del saco y sólo en una se suspendió el lagrimeo completamente.

Hay casos muy pertinaces que no ceden a tratamiento alguno médico o quirúrgico (extirpación del saco, desembocadura del saco en la nariz a través de una perforación del unguis, etc.), y que hacen perder la paciencia al enfermo y al médico.

**DACRIOCISTITIS**—(Observaciones números 138 a 146). Las mismas causas que producen el lagrimeo, aumentadas, pueden producir mucocelos del saco que infectados llegan a la dacriocistitis cuando ésta no se produce desde un principio en el curso de algún coriza, infecciones por neumococo, neumobacilo de Friedlander, bacilo de Pfeiffer, etc., o tienen un origen traumático.

De los nueve casos apuntados, dos se deben a lesiones nasales, rinitis, traumatismo (observaciones números 141 y 143), y los otros siete, a procesos infecciosos en que se obtuvo la curación mediante amplia abertura de la pared lateral del saco (operación de Stilling), seguida en algunos de ellos por instilaciones de solución de nitrato de plata al 1 por 40.

**CUERPOS EXTRAÑOS DE LA CONJUNTIVA**—(Observaciones números 147 y 148). Sólo figuran dos casos, no porque estos accidentes sean poco frecuentes, sino porque en la mayoría

de las veces, cuando no están enclavados, los enfermos los extraen ellos mismos o se valen de alguna otra persona, muchas veces lega en la materia, para hacer su extracción, no sin graves perjuicios en algunos casos. En una ocasión un enfermo acudió a la clínica oftalmológica del Hotel Dieu, de París, donde lo vimos con un chancro sifilítico de la conjuntiva inoculado por un amigo que tenía placas mucosas y que al hacerle el *favor* de extraerle un cuerpo extraño de la conjuntiva, humedeció para hacerlo, con su saliva, un pedacito de papel de seda.

**HEMORRAGIAS SUBCONJUNTIVALES**—(Observación número 149). Tres casos son de origen traumático por contusión del globo, y en los otros tres su etiología era desconocida, pudiendo atribuirse a un origen diatésico. Curación por reabsorción en corto tiempo.

**QUEMADURAS DE LA CONJUNTIVA**—(Observación número 155). Este caso fue debido a una gota de manteca caliente, y curó sin accidente. Otro caso producido por fósforo figura entre las quemaduras del globo.

**ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA CONJUNTIVA**—Es este uno de los más amplios capítulos de la patología ocular, y dados los progresos hechos en su bacteriología, no debe ser descuidado, no tanto por su importancia científica como por el punto de vista profiláctico.

En la presente estadística hemos agrupado los casos, basados no tanto en los caracteres clínicos, cuanto en las causas, agentes infecciosos, diátesis, etc., que puedan así prestar alguna ayuda a la higiene.

En todos nuestros enfermos atacados de infecciones conjuntivales hacemos sistemáticamente un examen microscópico de aquellos que presentan secreción.

**CONJUNTIVITIS AGUDA CONTAGIOSA O CONJUTIVITIS DE WEEKS**—(Observaciones números 156 a 158 y 191). Esta infección, de marcha aguda y dolorosa, producida por un bacilo especial (bacilo de Weeks), la encontramos en los individuos jóvenes de tres a veinte años, y sólo una vez en un individuo de sesenta años. (Observación número 196).

El tratamiento por las sales de plata, nitrato al 2 por 100, nucleinato de plata al 5 por 100 o albuminato de plata al 4 por 100 nos han dado excelentes resultados terapéuticos, sin haber tenido en ningún caso complicaciones córneas.

Siendo esta enfermedad excesivamente contagiosa, aconsejamos el aislamiento de los enfermos, pues las llamadas entre nosotros epidemias de ceguera, que no son sino conjuntivitis de Weeks, pueden detenerse y prevenirse con sencillos preceptos de higiene.

**CONJUNTIVITIS SUBAGUDA O CONJUNTIVITIS DIPLOBACILAR**—(Observaciones números 159 a 209). Infección causada

por un diplobacilo especial descrito simultáneamente por Morax y por Axenfeld, contagiosa, las más de las veces bilateral, y que en ocasiones reviste una marcha crónica muy molesta para los enfermos, que como puede verse en nuestras observaciones las más de las veces son adultos.

En los cincuenta casos que describimos se encontró en cuarenta y nueve el diplobacilo, en uno (observación número 207) no se encontró, pero hemos incluido esta observación entre las conjuntivitis diplobacilares, porque su marcha clínica y el resultado obtenido con la terapéutica nos demostraron que se trataba, muy probablemente, de una infección por el diplobacilo.

Las lesiones córneas, úlceras y excoriaciones son frecuentes; entre los cuarenta y cinco casos pueden observarse seis con complicaciones de la córnea. (Observaciones números 173, 174, 176, 179, 100, 188 y 192).

Muchos de los grandes leucomas de la córnea que se observan en los habitantes de nuestras tierras calientes, especialmente en los ribereños del Magdalena, tienen por causa una conjuntivitis subaguda de diplobacilo que produjo ulceraciones córneas descuidadas.

Se ha descrito con el nombre especial de conjuntivitis del Magdalena, dándole una especial descripción a la morfología del agente infeccioso que la produce, una forma aguda y maligna de conjuntivitis diplobacilar que se observa en nuestras tierras calientes. No estamos de acuerdo en clasificar aparte esta forma de conjuntivitis, pues hemos hecho frotis de secreciones conjuntivales de enfermos que venían con ese diagnóstico, y encontramos un diplobacilo que no toma el Gram, idéntico al descrito por Morax.

Cuando trabajábamos en el Hospital Lariboisiere, en el servicio del doctor Morax, pedimos a Bogotá, a uno de nuestros bacteriólogos, algunas de las preparaciones que había hecho él de la secreción conjuntival de enfermos en quienes se había hecho el diagnóstico de conjuntivitis del Magdalena, y el doctor Morax, con la amabilidad que lo caracteriza, las examinó muy detenidamente en su laboratorio y nos dijo que él no encontraba ninguna diferencia morfológica entre el microorganismo que presentaban dichas preparaciones y el diplobacilo descrito por él.

Como tratamiento de la conjuntivitis subaguda diplobacilar hemos usado, siguiendo el método de Morax, el sulfato de cinc, que debe ponerse en soluciones fuertes, sin miedo.

Como su aplicación es algo dolorosa, nosotros aconsejamos instilar primero unas gotas de cocaína al  $1\frac{1}{2}$  por 100 y luego unas dos gotas de solución de sulfato de cinc al  $2\frac{1}{2}$  por 100.



Este tratamiento, unido al de los lavados del ojo con solución de bórax al 1 por 100 en agua salada al 7 por 1,000, lo continuamos por unos dos o tres días después de suprimida la secreción, para evitar las recaídas. Con este tratamiento la afección cura en unos ocho días, mientras que abandonada a sí misma tiene por lo general una marcha crónica. Las lesiones córneas de la conjuntivitis subaguda las tratamos tocando, previa anestesia con cocaína, la úlcera con un algodón empapado en solución de sulfato de cinc al 5 por 100, sin descuidar las instilaciones y los lavados que deben hacerse en la conjuntiva.

**CONJUNTIVITIS AGUDA NEUMOCÓCCICA** — (Observación número 210). Esta forma de conjuntivitis se caracteriza por la presencia del neumococo en la secreción conjuntival, y clínicamente reviste las varias formas de las conjuntivitis agudas. En muchos casos, como en el que citamos, se presenta un edema palpebral, de alguna consideración, lo que a primera vista puede inducir en un error de diagnóstico y hacer pensar en una conjuntivitis gonocócica, o por la presencia de pseudomembranas en una difteria conjuntival. Basta, para evitar errores, ver con el microscopio un frotis de la secreción. El caso que citamos curó en pocos días con la instilación bicotidiana de colirio de argirol al 5 por 100.

**CONJUNTIVITIS PURULENTA** — (Observación número 211). En algunos casos se presentan conjuntivitis purulentas cuyas frotis no dilucidan germen microbianos, como el citado en el número 211, lo que no quiere decir que no los haya, y tal vez haciendo siembras e inoculaciones pudieran encontrarse.

**CONJUNTIVITIS PURULENTA GONOCÓCCICA** — (Observaciones números 212 a 215 A). De esta terrible infección sólo figura un caso en recién nacido, no porque sea una afección rara en Bogotá, sino porque por lo general los enfermos son tratados en estos casos por los parteros. Todos los otros casos pertenecen a adultos que curaron sin quedarles lesiones oculares con el tratamiento de lavados de permanganato al 1 por 5,000, repetidos unas cuatro o cinco veces por día, y nitrato de plata que aplicamos en solución de 2 a 3 por 100, en instilación una vez por día, aun cuando haya ulceraciones de la córnea, siguiendo la regla contraria de lo que dicen algunos tratados de patología externa que prescriben el nitrato en estos casos; nosotros, siguiendo la técnica de Morax, instilamos siempre el nitrato en los casos de córneas ulceradas y no nos abstenemos de él sino cuando hay perforación.

Hay dos casos en niños: uno de dos años (observación número 215), que curó, y otro de un niño de diez y ocho meses (observación número 212), que fue llevado tarde

al consultorio, con el ojo en fundición purulenta, debido a la entrada de la infección por una perforación de la córnea.

**CONJUNTIVITIS PURULENTO NO GONOCÓCCICA DE LOS RECIÉN NACIDOS**—(Observaciones números 216 a 219). Cuando metódica y sistemáticamente se hace el examen microscópico de las secreciones conjuntivales, se observa que algunos recién nacidos presentan una oftalmía purulenta de marcha aguda y alarmante en la que no se encuentra el gonococo.

Fuera de los casos en que la oftalmía es producida por el neumococo, hay otros en que no se ve ningún germen específico y cuyas culturas permanecen estériles. Únicamente se ve una secreción abundante llena de leucocitos que teñidos por el Giemsa o el Leischman, presentan en su interior unas pequeñas inclusiones que se tiñen muy bien con estos colorantes, y que se cree, sin que haya una demostración absoluta, que sean el agente patógeno de esta clase de conjuntivitis cuya descripción aún no figura en los tratados de patología y de la que se están haciendo estudios que pueden verse en los periódicos y revistas de oftalmología.

Su marcha, aunque alarmante, es benigna, y una vez hecho el diagnóstico debe tratarse con colirio de sulfato de cinc al 1 por 100. En los cuatro casos que relatamos así lo hemos hecho, y han curado en cerca de una semana sin ningún accidente.

**CONJUNTIVITIS DIFTÉRICA**—(Observación número 1220). La infección de la conjuntiva por el bacilo de Loeffler es rara entre nosotros. Sólo hemos visto el caso del número 220. Se trataba de un estudiante de medicina que hacía dos días sufría de conjuntivitis que se estaba tratando con lavados de permanganato y nitrato de plata. Nos llamó la atención el gran edema, edema blando, pálido, que borraba casi completamente el surco orbitopalpebral, abundante secreción pseudomembranosa e infartación de los ganglios preauriculares y apirexia. El examen microscópico mostró el bacilo de Loeffler en estado de pureza. El tratamiento por el suero antidiftérico, veinte centímetros cúbicos, produjo excelente resultado, y ayudado con lavado de suero fisiológico hizo que el enfermo curara en dos días sin ninguna complicación.

**CONJUNTIVITIS FOLICULAR**—(Observaciones números 221 y 222). Esta enfermedad, caracterizada por la presencia de pequeños folículos en la conjuntiva, especialmente en la del párpado inferior y rara vez en la del párpado superior, no forma una clase bien definida y son varias las causas que la producen: irritaciones, colirios (especialmente la eserina), polvos, irritaciones, etc., y aunque su marcha es benigna

na y cura fácilmente, presenta entre nosotros suma importancia, debido a que frecuentemente se ha confundido con la tracoma, y conozco casos de individuos, que examinados a la ligera han sido rechazados como pasajeros en los buques que hacen la travesía con los Estados Unidos, por suponerse tracomatosis, y sabida es la prohibición que tienen las compañías americanas para trasladar tales enfermos, cuya entrada está prohibida en los puertos americanos.

Los síntomas subjetivos son tan benignos que en la mayoría de los casos el enfermo no se ha dado cuenta de su afección, y no es sino por un examen de la conjuntiva como el médico descubre la enfermedad. En algunos, sin embargo, hay fotofobia acompañada de frecuente parpadeo.

«Al examinar la conjuntiva del párpado inferior se ven, en la conjuntiva normal o apenas enrojecida, salidas pequeñas, más o menos de un milímetro de diámetro, de color rosado pálido, más pálidas y transparentes que el fondo rojo de la conjuntiva y dispuestas en líneas paralelas al borde palpebral.» (Morax)

Sea cual fuera la parte de la conjuntiva que afectan, nunca atacan la córnea.

Su diagnóstico diferencial con la tracoma es fácil y se basará por la presencia en la conjuntiva tarsal inferior, ausencia en el párpado superior e integridad absoluta en la córnea.

El tratamiento con colirios de alumbre al 1 por 100 o de bórax al 1 por 400 da excelentes resultados.

TRACOMA — (Observaciones números 223 a 225). La conjuntivitis granulosa tracomatosa es rara entre nosotros; sólo figuran en esta estadística tres casos, uno de ellos en un extranjero, los otros dos pertenecen a individuos de tierra caliente, donde parece ser más frecuente, uno de ellos (número 224) fue operado con éxito, y vuelto a ver tres años después de la intervención, tenía sus conjuntivas normales, resultado quizás debido a lo precoz de la intervención.

Ya que felizmente esta enfermedad existe por rareza en Colombia, bueno sería que los médicos sanitarios hicieran sistemáticamente el ensayo de la conjuntiva de los emigrantes que nos llegan y les negaran la entrada, como se hace en Estados Unidos a los atacados de tracoma, tanto más cuanto que es enfermedad que se presenta frecuentemente en los turcos y otra clase de individuos que no sólo por ser tracomatosis son elementos perjudiciales para la Nación.

CONJUNTIVITIS CALCÁREA CRÓNICA—(Observaciones números 226 a 245). Afección de marcha crónica, frecuente entre nosotros (diez y nueve casos en esta estadística), y cuya

descripción completa es reciente. No conocemos ninguna monografía sobre el particular anterior a la presentada al segundo Congreso Médico Nacional reunido en Medellín en enero de 1913 (1).

La afección se caracteriza por la presencia de corpúsculos calcáreos encontrados en el tejido de la conjuntiva parpebral, concreciones formadas por carbonato de cal, y ajenas en su formación, según parece, a todo agente microbiano.

Ataca ambos párpados, con más frecuencia en el inferior; nunca se localiza en la conjuntiva bulbar y siempre deja indemne la córnea.

No se confundirá esta afección con la llamada litiasis conjuntival, que se forma en la conjuntiva tarziana y cuyo examen histoquímico nunca revela la existencia de sales de cal; lo mismo sucede con los dadacriolitos de la conjuntiva. En cambio los análisis hechos de las concreciones de la conjuntivitis calcárea crónica siempre han dilucidado la presencia de cal (carbonato).

La conjuntivitis petrificante de Leber se parece un poco, pero se localiza especialmente en el fondo del saco y ataca la conjuntiva bulbar, las lesiones se ulceran y descaman; y aunque con el microscopio se ven infiltraciones celulares de sales de cal, nunca se forman concreciones duras de la consistencia y tamaño de las observadas en la presente afección. Las complicaciones córneas graves que describe Leber en su conjuntivitis no se observan en la conjuntivitis calcárea crónica.

El tratamiento médico no da resultado ninguno, y de los 19 casos citados en esta estadística, sólo obtuvimos éxito en los operados (números 226, 232, 236, 241, 242 y 243), operaciones que consisten en la extirpación y curetaje de las granulaciones.

CONJUNTIVITIS CATARRAL - (Observaciones números 246 a 250). Aunque la conjuntivitis catarral tiende día por día a desaparecer del cuadro nosológico, desde que las conjuntivitis han sido catalogadas más por causas microbianas que por su marcha clínica, hemos colocado en este grupo seis observaciones, cuya marcha catarral, sin presencia de microorganismos en la secreción, los coloca entre las antes llamadas conjuntivitis catarrales.

Obsérvese que de los seis, en tres había vicios de refracción, y que uno de marcha crónica (número 246) se curó con sólo la corrección óptica.

---

(1) Véase *Conjuntivitis calcárea crónica*, por A. Arboleda. Segundo Congreso Médico Nacional, tomo III, página 168. Allí se pone su frecuencia en un porcentaje del 4 por 100, y rectificando en esta estadística, no es sino de 3 por 100.

**CONJUNTIVITIS PRIMAVERAL** — (Observaciones números 251 y 252). Esta afección de naturaleza desconocida, que en la zona templada presenta sus brotes agudos en primavera y verano, es rara entre nosotros, y se presenta de una manera crónica, quizás debido a la uniformidad del clima. Ataca más frecuentemente a los jóvenes.

En los dos casos que citamos, su marcha difiere un poco de la que presentan los enfermos de la zona templada, no tanto por no obedecer sus brotes a períodos fijos, cuanto porque el aspecto pavimentoso en la conjuntiva era menos marcado en los dos enfermos que tuvimos ocasión de observar. En cambio las lesiones de la conjuntiva bulbar se presentaban muy marcadas y de marcha rebelde, consistiendo en un espesamiento gelatiniforme de un color grisoso y consistencia firme, que rodeaba casi la totalidad de la córnea alrededor del limbo, alcanzando en algunas partes a montar sobre la córnea.

En estos enfermos no obtuvimos ningún resultado con el tratamiento médico; quisimos ensayar la resección de la conjuntiva enferma, pero los pacientes no lo permitieron, contentándose con obtener alivio en sus brotes agudos con las instilaciones de cocaína y anedralina.

**CONJUNTIVITIS FLICTENULAR** — (Observaciones números 253 a 267). Esta afección, llamada también y más racionalmente conjuntivitis impetiginosa, está caracterizada por la formación de elementos eruptivos cuyo sitio es la conjuntiva, la córnea, o ambas partes a la vez.

Reviste formas muy variables y va desde una benignidad en que el enfermo apenas tiene una ligera molestia en los ojos, hasta casos en que presenta tal fotofobia que aun con instilaciones de cocaína es casi imposible abrirles los ojos para practicar el examen.

Aunque en los tratados de patología figura como enfermedad de la primera infancia, nosotros las hemos observado en Bogotá más en la edad adulta y nunca en la vejez.

Generalmente ambos ojos están atacados. Han tenido secreción conjuntival, poco abundante en los casos benignos y purulenta y a veces pseudomembranosa en las graves. La hiperemia es más marcada en algunos puntos que sobresalen de la superficie de la conjuntiva donde se presenta la llamada flictena, que aparece bajo la forma de un botoncito rojo, brillante, que luego no tarda en ulcerarse. Cuando la flictena se coloca en la córnea, lo hace o en el limbo o en el centro, y se desprende de ella un fino haz de vasos que van a confundirse con los de la conjuntiva bulbar.

Desde el punto de vista anatomopatológico la flictena es, según la descripción de Tovanoff (citado por Morax), «una acumulación de células redondas bajo el epite-

lio conjuntival. > Es decir, que no es una flictena en el propio sentido de la palabra sino más bien una pápula.

La etiología de esta afección es desconocida; se presenta generalmente en los individuos que tienen lesiones de impétigo de la nariz (observaciones 259 y 266), en los debilitados (escrofulosos), y es muy común en los atacados de piojos (observaciones 258 y 262).

No nos explicamos qué relación pueda haber entre la presencia de estos parásitos y la afección conjuntival, pero sí se observa que en los casos en que se suprimieron los piojos, inmediatamente la mejoría de la afección empezaba; de aquí el que sea prudente hacer un cuidadoso examen del cuero cabelludo y cabello de los enfermos, sobre todo si se trata de niños.

Para destruirlos nos valemos del conocido método sueco que consiste en un baño con vinagre caliente que ablande las liendres cuya cutícula es tan resistente, y luégo un baño con licor de Van Swieten.

En los enfermos, sobre todo en las mujeres, que rechazan el vinagre por serles fastidioso su olor, hemos usado con grande éxito la mezcla siguiente, que produce la destrucción de los parásitos en pocas horas:

Sublimado corrosivo..	0.10 centigramos.
Alcohol de 90° .. . . .	a a
Xilol .. . . . . . . . . .	?
Eter sulfúrico .. . . . }	35 gramos.

El tratamiento de la conjuntivitis impetiginosa debe ser general y local. General, combatir la diátesis; local, atropina al  $\frac{1}{2}$  por 100 en colirio; pomada de óxido amarillo de mercurio al 2 por 100, y tratamiento de las lesiones nasales impetiginosas, en las que da excelentes resultados la pomada mentol o boricada.

**PTERIGIO.** (Observaciones números 268 a 342). Nos ha llamado la atención la inmensa frecuencia de esta afección: cincuenta y seis casos en esta estadística.

La naturaleza verdadera del pterigio es hasta ahora desconocida, y sólo podemos decir que se caracteriza por una membrana opaca, vascular, que invade la conjuntiva y muchas veces la córnea. Al ver en nuestra estadística los lugares de residencia de los enfermos atacados de pterigios, se ve que hay gran número de ellos que habitan nuestras tierras calientes, y muchos de los que figuran como residentes en Bogotá, la mayoría ha tenido largas y repetidas épocas de permanencia en tierras calientes. Los médicos que han ejercido en nuestros climas cálidos están de acuerdo en que el pterigio es una de las afecciones oculares que más se ob-

servan en estos lugares, lo que se explica quizás por prolongadas irritaciones conjuntivales bajo los ardientes rayos del sol de los trópicos, y la gran frecuencia de infecciones conjuntivales (conjuntivitis subaguda, conjuntivitis aguda), a que se está expuesto en esos climas en donde infinidad de mosquitos (culícidos, simulidios, ceratopogón, etc.) se posan en la secreción conjuntival y van a llevar mecánicamente la infección a mucha gente.

El tratamiento quirúrgico nos ha dado éxito, pues en veintitrés enfermos operados, sólo hemos visto la reproducción de uno (observación número 268), que también observámos en otro enfermo que se presentó al consultorio con un pterigio reproducido y que no había sido operado por nosotros. (Observación 282).

El método operatorio que usamos consiste en la transfección de pterigio con un cuchillo de graefe y disección completa de su inserción en la córnea con resección de todo el pterigio; cauterización con el galvanocauterío del punto de inserción y recubrimiento conjuntival por deslizamiento de la superficie que ocupaba el pterigio.

**PINGÜÍCULA**—(Observaciones números 325 a 331). Esta afección, benigna, y consistente en una mancha amarilla y ligeramente levantada incluida dentro de la conjuntiva con la que se desliza fácilmente y que no es sino una pequeña degeneración hialina del tejido fibroso, según Fuchs, trae pocas veces los enfermos a consultar sobre ella, pues no causa molestia alguna. Sólo operámos, por excisión, una, en una mujer, por motivos de estética.

**TUMORES DE LA CONJUNTIVA**—(Observaciones números 332 a 334). No hemos tenido ocasiones de observar ninguno maligno; solamente figuran un lipoma, un angioma y un quiste dermoide, cuya extirpación fue seguida de éxito sin ningún accidente.

#### AFECCIONES DE LA CORNEA

**EROSIONES Y EXCORIACIONES**—(Observaciones números 335 y 336). De las lesiones traumáticas de la córnea, quizás las más frecuentes son las erosiones y excoriaciones, aunque son pocos los enfermos que en tales casos recurren al práctico, pues la lesión cura muy rápidamente, cuando no hay infección o una afección anterior de las vías lagrimales que la favorezcan.

De los dos casos citados, uno (número 335) no recordaba haber tenido ningún traumatismo, y sin embargo había fotofobia, lagrimeo, y la erosión se dilucidaba al teñirla con fluoresceína; en el otro sí había habido traumatismo (cuerpo extraño). Ambos curaron, sin quedar lesión ninguna,