
MEDICINA.—APUNTES SOBRE LA QUERATITIS INTERSTICIAL I UNA NUEVA MANERA DE TRATARLA.—*Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia leída en 7 de diciembre de 1887 por don José Ignacio Quevedo.*

En el estudio de las enfermedades, uno de los principales objetos que persigue el médico es abreviar en lo posible la duración de ellas. Pues bien, la afección de que vamos a ocuparnos, es una de aquellas que, por el doble carácter de atacar al órgano de los sentidos que tiene mas universal aplicación i de evolucionar en un espacio de tiempo mui largo, somete a dura prueba la paciencia del médico i del paciente.

La circunstancia de comprometer a ambos ojos en la inmensa mayoría de los casos i de llegar a tal grado este compromiso que la visión es abolida en absoluto; muchas veces hacen de la queratitis intersticial una afección por demás desesperante i perjudicial por cuanto priva al enfermo de entregarse a sus ocupaciones ordinarias.

Variadísimos han sido los tratamientos que se han puesto en práctica para combatir a esta enfermedad i a pesar de haber sido dirigidos por hábiles oftalmolojistas, hasta hoi en pocas ocasiones se ha logrado curarla antes de seis meses. Por esto nos es altamente satisfactorio anunciar que gracias al tratamiento implantado por nuestro distinguido profesor de oftalmolojía, Dr. Máximo Cienfuegos, hemos visto obtener una curación completa en la mitad de ese tiempo.

Dos son los puntos que despiertan mayor interés en quien se propone estudiar esta afección: su etiolojía i su tratamiento. La primera, por haber sido objeto de tantas discusiones; el segundo, por la gran variedad que lo ha distinguido.

Al emprender el presente trabajo, nuestro propósito era ocuparnos esclusivamente de ambas materias, pero considerando que él

versaba sobre una especialidad, nos ha parecido conveniente hacer una ligera reseña de la patología de la enfermedad de que vamos a tratar.

Durante mucho tiempo, la queratitis intersticial, permaneció confundida con otras afecciones de la córnea bajo el nombre de ofalmía escrofulosa, hasta que Hutchinson, en 1858, la separó de ellas i la denominó: queratitis heredo-sifilitica.

Numerosas denominaciones ha recibido después, así, Desmarres la llamó queratitis diseminada; A. Schel, queratitis interlaminar; L. de Wecter, infiltración profunda difusa de la córnea; la Sociedad de Cirujía de París, queratitis caquética per fin otros, queratitis parenquimatosa difusa.

En el gran número de las afecciones oculares, la queratitis intersticial, figura entre las escasas, pues de 5,060 enfermos de la consulta oftalmológica de M. Panas solo 40 la presentaban, i en 4,059 que abarca la memoria sobre enfermedades de la vista, del Dr. Lautaro Navarro Avaria, solo encontramos 37 casos.

La enfermedad de que nos ocupamos es un patrimonio casi esclusivo de la infancia i de los individuos jóvenes; si hemos de marcar un período de la vida en el cual esta afección se presenta con mas frecuencia i de cuyos límites rara vez sale, creemos que la inmensa mayoría de los atacados, se encuentra entre la edad de 5 i 20 años. Cuando saliendo de este período fijado, compromete a individuos de una edad mas avanzada, la afección reviste caracteres propios, indicados por la lentitud en el desarrollo, su marcha insidiosa con perturbaciones corneales de mucho mayor entidad en su terminación i con compromiso de alguna de las membranas internas del ojo.

Sin duda alguna, la mujer, es mas comunmente atacada que el hombre por la queratitis intersticial.

Un carácter digno de notarse en esta afección es instalarse en ojos hasta el momento perfectamente sanos i comprometer a ambos, no simultaneamente, sino comenzando el proceso en el segundo, cuando ha alcanzado en el primero un gran desarrollo i quizas el máximun de desarrollo.

Esta enfermedad se inicia con una hiperheimia periquerática, indicio de una inflamación de las membranas del ojo. En el espacio de pocos días se presenta un enturbiamiento de la córnea que fácilmente se percibe con el examen de la luz lateral o a la simple vista, pudiéndose comprobar su asiento en las capas profundas

de la membrana. Este enturbiamiento puede hacer su manifestación en el centro mismo de la córnea irradiándose hacia la periferie, constituyendo focos; o bien se presenta en la periferie i se estiende progresivamente hacia el centro, lo que es mas jeneral.

En algunos casos escepcionales se limita al borde o a la periferie corneal, comprendiendo toda la circunferencia de la córnea i retardando su marcha hacia el centro.

El color gris, propio de la afección, no es uniforme en toda la estensión de la membrana, en medio de ese empañamiento jeneral, una serie de focos o de puntos de un gris amarillento, que contrastan con el empañamiento jeneral i que se hacen perfectamente perceptibles cuando se proyecta una luz suficientemente intensa, o bien cuando se hace la iluminación lateral por medio de la luz artificial.

En esta afección la córnea no sufre, por lo jeneral, el aplanaamiento, tan propio i tan frecuente en las enfermedades de esta membrana i mui rara vez los procesos ulcerosos tienen su asiento allí.

El epitelio sufre variadas perturbaciones tomando una coloración característica, perdiendo su brillo, adquiriendo el color mate i un apagamiento considerable, que junto con el empañamiento corneal, cuando ha invadido las capas profundas de la membrana, impiden ver con claridad el iris.

Cuando la afección ha adquirido un gran desarrollo, aparece cierta cantidad de vasos que marchan de la periferie al centro, invadiendo la córnea en uno o en otro de sus segmentos, sin alcanzar sino mui escepcionalmente el centro de la membrana. La invasión vascular no es constantemente uniforme, ni se estiende tampoco con regularidad a las diversas capas corneales cuando invade todo el espesor del tejido. La vascularización de la córnea en la forma indicada no es constante, se limita a veces a la rejión periférica i queda circunscrita a esta rejión.

El desarrollo del proceso inflamatorio, mui escepcionalmente, tiene lugar sin vascularización.

Cuando la enfermedad ha durado algunas semanas, o cuando habiendo alcanzado a algunos meses de duración, ha llegado a su mayor grado de desarrollo, se manifiesta una disminución de los síntomas: la córnea principia a limpiarse, se aclara, se hace mas trasparente, comenzando este aclaramiento en la periferie i avanzando hacia el centro. De este modo llegan, en muchos casos, a

desaparecer aun los últimos vestijios del empañamiento. En otras ocasiones quedan restos de la opacidad, diseminados en diversas rejones de la membrana; suelen presentar el aspecto tendinoso aun cuando no hayan tenido lugar procesos ulcerosos i en consecuencia fenómenos de cicatrización.

Por lo que respecta a la vascularización, debemos decir, que mientras mayor sea su desarrollo en cualesquiera de sus períodos, el proceso patológico marcha con mayor rapidez.

Antes hemos indicado, al hablar de la opacidad de la córnea, la dificultad que hai para ver claramente, el aspecto, i observar las funciones del iris i solamente en el período de resolución se puede notar que él ha sido comprometido: el proceso inflamatorio que ahí se desarrolla es jeneralmente de carácter seroso o mas rara vez se produce la iritis en la forma plástica.

Las complicaciones de la córnea no se limitan siempre a la rejión del iris, sino que también pueden llegar a los tejidos que constituyen las membranas de la parte posterior del ojo, de la úvea, presentándose inflamaciones de los procesos ciliares, de la coroides (coroiditis exudativa con opacidad del cuerpo, vítreo o coroiditis diseminada con empañamiento de la lente).

Ya hemos dicho que mientras mas manifiestos sean los síntomas inflamatorios mayor rapidez tiene el proceso en su marcha, pero aquí debemos hacer notar un punto importante, pues, él tiene un valor real en las conclusiones que nos proponemos establecer respecto a la duración de la enfermedad i respecto al tratamiento que hemos empleado: la queratitis intersticial tiene una duración, en estos casos, de 5 a 8 meses i en los casos en que la marcha es lenta tiene una duración de 2 a 3 años.

Siempre que no tomemos en cuenta la larga duración de la enfermedad, ni tomemos tampoco en consideración la circunstancia desfavorable de comprometer los dos ojos, aunque no al mismo tiempo pero, sí, uno después del otro, debemos establecer un pronóstico favorable, porque en el mayor número de casos, no quedan restos de la afección, i en aquellos en que pequeñas opacidades, focos de infiltración circunscritos, quedan después de un tratamiento convenientemente dirigido, las perturbaciones visuales no son tan considerables que impidan regularmente ver, ni molesten hasta tal punto que no permitan entregarse a sus ocupaciones ordinarias, a las personas que han sido afectadas de queratitis intersticial, sino no es en aquellos casos en que los focos son contra-

les i revisten el carácter ya mencionado de un tejido de aspecto tendinoso. La comprobación de estas opacidades se hace fácilmente por medio de la luz artificial.

Es cierto que esta afección se complica con alguna frecuencia con otras alteraciones de los tejidos propios de la rejión de la úvea i este es quizás el caso mas desfavorable, revistiendo entonces, el pronóstico, un carácter menos benigno.

Cuando la queratitis intersticial no ha invadido todavía la totalidad de la córnea se la puede confundir con una iritis serosa. El enturbiamiento de la cámara anterior, con depósito de grumos febrinosos en su parte inferior, el cambio de coloración del iris, la reacción perezosa de la pupila a la luz, la deformación de este orificio bajo la influencia de la atropina i a consecuencia de las sinequias posteriores, tan frecuentes en la iritis serosa, son otros tantos síntomas que ponen en el camino del diagnóstico.

La anatomía patológica de la enfermedad de que tratamos es uno de sus puntos mas deficiente. Virchow atribuye la opacidad de la córnea a la presencia de células hinchadas i de contenido granuloso, en el cimientó de la membrana. Semisch cree que es debida a una acumulación de corpúsculos linfoideos en el tejido fibrilar de la sustancia propia. Pero, en lo que ambos están de acuerdo es en que las células corneales quedan intactas, lo que nos permite comprender la recuperación completa de la trasparencia i configuración normal después de la reabsorción de las materias infiltradas. Por último, citaremos un caso de Krickow, en que encontró el epitelio intacto, la membrana de Bowmann sana, la córnea desde su tercio posterior hasta la membrana de Descemet sembrada de vasos de diversos calibres i algunos vasos pequeños en la parte anterior del tejido propio. Además encontró glóbulos blancos en gran número.

Después de estos preliminares entramos a tratar del asunto principal de nuestro trabajo.

Como dijimos al principiar, uno de los puntos mas debatidos de esta especie de queratitis, ha sido determinar la causa que le da nacimiento.

Examinando las opiniones que se han emitido sobre su etiología, encontramos que dos son las predominantes. Hutchinson está a la cabeza de la primera. Para él la sífilis heredada es la única causa capaz de producir la afección corneal. Fundada esta aseveración en la coexistencia de la queratitis intersticial i de alteraciones

dentarias i sordera especiales a personas descendientes de sífilíticos. El autor inglés dice haber encontrado, en todos los enfermos de la afección que nos ocupa, sordera i una detensión del desarrollo de la cara, caracterizada sobre todo por una nariz corta i aplastada, una bóveda palatina profundamente excavada i alteraciones de los dientes, principalmente marcada en los incisivos, que están escotados en forma de V invertida o mas propiamente de W cuyos ángulos inferiores fueran romos. Respecto a la perturbación auditiva de Wecker hace notar que Davidson (*De la surdité dans ses rapports avec la Keratitis panniforme*, Ann. d'ocul. t. LXV, p. 126), había llamado ya la atención sobre semejante coincidencia, pero, no supo caracterizar bien la afección corneal ni relacionarla con la causa que mas tarde Hutchinson le atribuyó.

A propósito de la opinión de este último hubo una larga discusión en la Société de Chirurgie de París, en 1871. La mayor parte de los oradores i el profesor Panas entre ellos, rechazaron esta manera de ver. Otros, como Fournier i Gayet, admitieron el orijen sífilítico de la queratitis intersticial, pero no lo aceptaron como causa única de la afección. Por otra parte, Parinaud, ha llamado últimamente la atención en los Archives de Médecine, sobre la numerosa mortalidad de los niños pertenecientes a familias que que cuentan entre sus miembros, individuos atacados por esta queratitis. Esta coincidencia lo inclina a admitir su orijen sífilítico.

Todavía podemos agregar en apoyo de esta opinión la estadística dirigida por Horner, publicada en 1873, i que comprende 51 casos de queratitis intersticial, de los cuales, en 26, la sífilis hereditaria era evidente. De Wecker i Landolt llegan a un resultado semejante, afirmando que en su práctica han encontrado que sobre 3 casos en 2 se comprueban antecedentes sífilíticos en los padres i otros síntomas de sífilis transmitida, principalmente la forma particular de los incisivos señalada por Hutchinson.

En la actualidad, no solo la sífilis hereditaria es admitida por un gran número de autoridades en materia de medicina, como causa de la enfermedad de que tratamos, sino que también la sífilis adquirida ha entrado para muchos en su cuadro etiológico (Couzon, Velardi). La estadística arriba citada nos suministra 2 casos de sífilis adquirida i 10 de sífilis sospechosa.

En suma, la diatesis sífilítica, entra en proporción de un 66

por 100, tanto en las clínicas de L. de Wecker i de Scemisch como en la estadística de Horner. Mooren da una cifra inferior (20 por 100).

La segunda opinión que cuenta con un número de partidarios digno de consideración, en cuanto a la etiología de la queratitis intersticial, es la que atribuye a la escrófula el origen único de dicha enfermedad. La mayor parte de los oftalmolejistas franceses están filiados en este bando, apoyándose en que los individuos portadores de esta queratitis lo son a la vez de un hábito escrofuloso.

Podemos todavía colocar en un tercer grupo a aquellos autores que dicen: la escrófula i la sífilis no producen la queratitis intersticial misma, sino el estado de *miseria orgánica*, condición indispensable para su desarrollo. De esta manera de ver ha nacido el nombre de *queratitis caquética*, que todos ellos le dan.

Tócanos ahora a nosotros apreciar el valor de cada una de estas opiniones según el resultado de nuestra propia experiencia.

Desde luego declaramos que no somos partidarios de que una causa sea la única capaz de producir la queratitis intersticial, ya se llame a esa causa: sífilis hereditaria, escrófula o *miseria orgánica*; creemos, por el contrario, que varios pueden ser los orígenes de la afección corneal.

Nuestro profesor de oculística, en su larga práctica, ha tenido casos en que la sífilis hereditaria i adquirida evidentemente la habían enjandrado, pues, los antecedentes i la curación obtenida por el tratamiento específico no dejan lugar a duda.

Por otra parte, ha observado que en muchos enfermos, la afección coexistía con otras, que habían desarrollado graves perturbaciones de la nutrición. Entre ellas, citaremos algunas que son muy comunes i propias a la mujer, tales como anomalías de la menstruación i afecciones uterinas que determinan un deterioro considerable del organismo. La alimentación insuficiente i los reumatismos de carácter crónico que se asocian a un estado de cloro-anemia, deben también entrar en el cuadro etiológico. Pero, a pesar de reconocer en toda causa de debilitamiento jeneral, una condición favorable al desarrollo de la queratitis intersticial, no aceptamos la opinión de aquellos que consideran a la *miseria orgánica* como la causa determinante de la afección, puesto que sabemos cuan crecido es el número de individuos que están bajo el peso de ese

estado i cuan escaso es el de los que son atacados por la queratitis intersticial.

Para terminar lo que se refiere a la etiología, diremos que las causas que con mas constancia se ha presentado a nuestra observación, han sido la escrófula i el linfatismo.

Hemos llegado al punto capital de nuestro trabajo: el tratamiento. Antes de hablar del que servirá de base a nuestras conclusiones, i que es enteramente nuevo, nos parece útil pasar en revista los que hasta hoi se han empleado con mejor éxito.

Con mucha razón se ha dado por todos una grande importancia a los medios hijiénicos i a los medicamentos reconstituyentes i tónicos, por cuanto siempre se tiene que hacer con individuos de mala constitución.

No debemos perder de vista la relación incuestionable que existe amenudo entre la diatesis sifilítica i la queratitis intersticial; por eso, nuestro primer cuidado será siempre tratar de descubrir semejante origen por medio de un estudio atento de los antecedentes i examen del enfermo. Si llegamos a adquirir la convicción de que la sífilis acompaña a la afección de la córnea no debemos vacilar un momento en instituir un tratamiento específico. Cuando éste se dirija a un niño, la preparación mas recomendada es el jarabe de Gibert a la dosis de una o dos cucharadas de café i el uso del unguento mercurial en fricciones de 0, gr. 20 a 0. 50, dos veces al día. No sería aventurado pensar que las grandes ventajas que se han sacado en todo tiempo, del empleo del ioduro de potasio, sean debidas no solo a la influencia favorable que ejerce sobre la reabsorción de los exudatos en jeneral, sino a una mui especial que tiene sobre los de origen sifilítico.

De los medios locales citaremos: como indispensable las instalaciones diarias de atropina para disminuir el dolor i sobre todo para impedir la formación de sinequias; como mui recomendable las compresas de agua simple a 40° o de infusiones de manzanilla, belladona o beleño, a la misma temperatura, para provocar la vascularización de la córnea i apresurar de ese modo la reabsorción del exudato que la infiltra.

No tendrán objeto o estarán aun contraindicadas cuando los vasos sean abundantes, porque eutonces molestan al enfermo.

Los irritantes deben ser proscritos, sobre todo cuando la capa epitelial de la córnea no está todavía rejenerada i debemos hacer

notar que aun en este caso las insuflaciones de calomel, cuando son hechas diariamente son mas perjudiciales que útiles.

Los astrinjentes, por el hecho de oponerse a la vascularización, deben también ser evitados.

No está demás advertir que el uso de anteojos ahumados es conveiente, por oponerse a la difusión de los rayos luminosos al traves de una córnea semiopaca.

La fatofobia i dolores ciliares que suelen presentarse en el curso de esta queratitis, si son de mediana intensidad, desaparecen con las fricciones de unguento mercurial belladonado, en la frente i si son mui intensos hai necesidad de recurrir a las inyecciones de morfina.

Las opacidades que persisten a veces después de la curación de de la enfermedad, se combaten por el masaje simple del ojo o combinado con el uso de una pomada con precipitado amarillo. Si este no bastase para hacerlas desaparecer, la abrasión conjuntival da los mejores resultados.

Diversas operaciones se han propuesto para combatir las complicaciones de la queratitis intersticial, (iritis, irido-corviditis serosa). Es aquí también el lugar oportuno para recomendar a la abrasión conjuntival como una operación de primer orden que debe preceder a la iridectomia, en cualquier caso, excepto en el de estar mui aumentada la tensión intraocular, como sucede en la esclerocorviditis anterior, en cuyo caso, la paracentesis de la cámara anterior i, por consiguiente, la iridectomia, es de urgencia. A pesar de todo, si faltase la abrasión conjuntival, tenemos todavía, como último recurso, la formación de una pupila artificial.

Hemos dejado intencionalmente para terminar nuestro trabajo el tratamiento de la queratitis intersticial dependiente de un habitus escrofuloso o de un temperamento linfático, porque es precisamente en esos casos cuando la medicación que hemos ensayado se muestra mas eficaz que cualesquiera de las otras empleadas hasta el momento en que escribimos.

Nadie que haya estudiado oftalmología, puede ignorar las numerosas aplicaciones que el iodoformo ha recibido en el tratamiento de las enfermedades de los ojos, pero también, todos los que hayan hecho ese estudio, habrán visto figurar a ese medicamento, solo como tópico. Bajo esta forma se ha usado, aun, para combatir la queratitis intersticial por los señores Landesberg, Saltiri i Hock, pero ninguno ha obtenido buenos resultados. Pues bien, su

aplicación interna es lo que constituye la novedad de nuestro tratamiento.

Partiendo del principio, que en la escrófula i el linfatismo hai una desviación del funcionamiento normal del sistema linfático i de que una de las propiedades mas notables de los iódicos parece ser regularizar las funciones de ese sistema, creyó lójico, nuestro profesor de oftalmología, que un cuerpo fuertemente iodado, como es el iodoformo, tuviera una feliz influencia, sobre una infiltración de carácter linfático en la córnea. ¡I el buen éxito ha venido a coronar a esa inducción! Hemos obtenido los mas bellos resultados del nuevo tratamiento, como consta de las observaciones que mas abajo apuntamos.

Grande es la oscuridad que reina todavía en el conocimiento de la acción íntima del iodo sobre nuestros tejidos, pero, hai un hecho sobre el cual el mayor número de los experimentadores está de acuerdo, es: el de hacer mas fluída a la sangre i a la linfa. Bucheim, por otra parte, cree que el iodo libre, obrando sobre las materias albuminosas de las paredes vasculares, daría lugar a una excitación que tendría por consecuencia, hacer mas activas las reabsorciones. Aumento de la fluidez de los líquidos que circulan i actividad mayor de su circulación, son dos propiedades que hacen de los iódicos medicamentos de los mas aptos para producir la reabsorción de los exudatos.

En la infiltración de la córnea denominada queratitis intersticial, hallamos siempre un gran número de corpúsculos linfáticos, en el espesor de la membrana i una circulación debilitada en los individuos atacados por esa afección. Con el uso de los iódicos llenamos, pues, una doble indicación: disminuir la consistencia del exudato, haciéndolo de este modo mas apto para volver a penetrar en los vasos i arrastrarlo con mas energía lejos del sitio en que se hallaba.

¿Por qué hemos preferido el iodoformo a las otras preparaciones iódicas? «El Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques», (directeur de la redaction, M. Jacoud), puede contestar con mas autoridad que nosotros. Dice así en su artículo *Iodo*: «Las ventajas terapéuticas del iodoformo, consisten en que el iodo que encierra, i que representa los 97/100 de peso total, ha perdido enteramente su causticidad, conservando, en gran parte por lo menos, las propiedades que él posee en el estado ordinario, en los casos de escrófula, raquitismo, sífilis, etc».

Como se sabe, los efectos jenerales del iodoforme, son poco conocidos. Gubler lo compara al cloroforme en su manera de obrar sin tener la acción irritante de éste sobre la mucosa gastro-intestinal. Bouchardat, le reconoce la misma acción que al iodo, sobre la sangre i la circulación, sin tener los inconvenientes locales de este último. Estas dos opiniones están conformes en la inocuidad del medicamento sobre las vías dijestivas i es también lo que nosotros hemos comprobado.

El primero de estos autores, dice, que en inhalaciones, obra como estupefaciente i puede ocasionar una muerte rápida. En nuestro tratamiento, indudablemente, una parte del iodoformo, debe penetrar por las vías respiratorias, pero ella debe ser tan pequeña que ni siquiera hemos tenido indicios de anestesia, mucho menos, accidentes graves.

En la administración interna nos hemos ceñido a los preceptos establecidos por Kiiss, para el uso de los iódicos. Como todos los enfermos que hemos tratado, tenían una circulación lenta i débil, hemos empezado por las dosis mínimas i no hemos pasado de la dosis media (0. gr. 30).

No tenemos necesidad de largas esplicaciones para dar a conocer el método curativo que hemos seguido. Sencillamente consiste en el uso diario de píldoras de iodoformo, con 0. gr. 05 de sustancia activa cada una i que tienen por escipiente el extracto de ajeno; i además fricciones con una pomada iodoformada al 3 por 100, hechas alternativamente en la parte anterior i posterior del vértice del tórax. Se podría objetar al uso de estas fricciones, el olor desagradable i difusible del iodoformo, pero este inconveniente queda subsanado con la adición de 9 partes de Bálsamo del Perú, el que oculta notablemente dicho olor. Podemos recomendar como los mejores vehículos, a la vaselina i la glicerina.

El número de píldoras diarias a que hemos llegado es de 4 en un niño de 9 años i 6 en personas que han pasado de la pubertad.

Dos hechos mui importantes tenemos que hacer notar respecto a nuestro tratamiento. El primero es, que su aplicación, lejos de habernos presentado inconvenientes por parte de los enfermos, ha mejorado sus condiciones nutritivas, por cuanto ha estimulado el apetito i las funciones dijestivas, i, en las mujeres, ha regularizado la menstruación. El segundo, es que nos hemos abstenido de todo auxiliar, tanto local, como jeneral, si se exceptúa el empleo diario de instilaciones de atropina i el uso mui moderado, i a largos in-

tervalos, del ioduro de fierro i del aceite de hígados de bacalao. Como se comprende fácilmente el objeto que perseguíamos con el uso casi esclusivo del iodoformo era apreciar sus efectos netos, sobre la afección ocular que nos ocupa.

Después de estas ligeras consideraciones pasamos a esponer los casos que hemos observado de una manera completa, i digo completa, porque han habido enfermos que después de tratarse durante algún tiempo se han ausentado de la dispensaría por motivos que ignoramos.

1.ª OBSERVACIÓN

El 28 de marzo de 1887 entró a la sala de San Miguel del hospital de San Vicente de Paul, Santiago Dávila, ocupando la cama núm. 12. Muchacho de 9 años de edad, de temperamento linfático i de intelijencia bastante despierta, tenía de vecino a su padre padeciendo de una iritis sifilítica. Este antecedente de familia i la circunstancia de tener el niño un sistema ganglionar mui desarrollado, la nariz corta, la bóveda palatina profunda i los incisivos algo escotados, hicieron que se instituyera en él un tratamiento específico, aunque no presentase síntomas evidentes de sífilis.

Los dos ojos del enfermito habían llegado a un período avanzado de queratitis intersticial. La infiltración en la córnea derecha le impedía ver en absoluto con ese ojo; en la izquierda ocupaba también toda la membrana, pero le permitía aun ver confusamente los objetos i andar sin necesidad de que lo guiaran.

Desde el día siguiente a su llegada al hospital, fue sometido a fricciones mercuriales, al ioduro de fierro i a las instilaciones de atropina. Las primeras fueron repetidas por espacio de once días consecutivos, suprimiéndolas entonces i continuando con un rejimen tónico i las instilaciones de atropina. Se esperaron los resultados de este tratamiento, el que, lejos de hacer retrogradar a la enfermedad no le impidió seguir avanzando lentamente.

El día 10 de mayo empecé yo la observación de este caso. Hacía algunos días que el paciente tenía que servirse de otra persona, para poder andar sin tropiezo. Lo interrogué a cerca del principio

de su enfermedad. Me dijo que como un mes antes de entrar al hospital sintió dolor en el ojo derecho, dolor que aumentaba cuando miraba la luz del sol o del fuego i le producía lágrimas. Dos semanas después, poco mas o menos, dice que notó que veía cosas *entre niebla* (según la expresión de él) i que desde entonces todos le decían que tenía *nube*. De día en día la niebla que se interponía entre su vista i los objetos se hacía mas densa, hasta que llegó uno en que no veía las ramas delgadas de los árboles. En este estado lo trajeron a la dispensaria que está a cargo del Dr. Cienfuegos, que le dio una cama en su sala de Clínica de ojos.

La salud anterior del enfermo había sido buena, no así la de dos hermanos de los cuales uno era jibado i otro padecía de una blefaritis crónica. La madre de estos niños, era delgada, pálida, sufría de las espaldas i tosía mucho, según me contaba mi enfermo. Este no presentaba en sus pulmones, otra cosa de particular, que una respiración no tan poderosa como la de los niños de su edad.

Pasé en seguida a examinar el aparato que mas me interesaba.

A la simple vista las córneas se presentaban como dos discos de color ceniciento i no daban ningún reflejo cuando se hacían jirar los ojos.

La inyección periquerática era débil. Los cortos instantes que él mantuvo los ojos abiertos, bastaron para que las lágrimas que afluyeron, rodaran por sus mejillas; mientras tanto, los párpados superiores se esforzaban en oclusionarlos, hasta que retiré mis dedos para dejar un momento de reposo al enfermo. Después procedí al examen auxiliado de una lente. A la luz natural solo pude observar ese aspecto de vidrio deslustrado con que el profesor Panas compara a la córnea, en cierto período de la enfermedad. A la luz artificial i lateral ví, en el centro de la córnea derecha, una mancha redonda de color mas oscuro que el resto de la membrana i en la izquierda, focos pequeños de diversas formas i diseminados en toda su extensión. Además, haciendo mover los ojos, se percibían, en la capa superficial de las córneas, rugosidades, i en algunos puntos ligeras depresiones: como si se hubiesen sacado pedacitos de ellas. El enfermo no se quejaba sinc de molestia que llegaba hasta un pequeño dolor cuando miraba, por lo que siempre lo encontraba con la cabeza baja.

El día 11 de mayo principió con el nuevo tratamiento. Esa mañana se le dio una píldora con 0,05 de iodoformo i se le hicieron

fricciones iodoformadas en la parte anterior i superior del tórax e inferior del cuello. Dos días después se duplicó la dosis interna i una semana mas tarde se aumentó a cuatro el número de pildoras, dosis que se sostuvo hasta el fin del tratamiento. Las fricciones se continuaron haciéndose durante algun tiempo en la parte anterior i durante otro, en la posterior del vértice del tórax. El 26 del mismo mes noté que la inyección periquerática habia aumentado considerablemente i que la córnea derecha principiaba a aclararse en la periferie, sin percibirse todavía penetración de vasos. La opacidad de la izquierda se mantenía en el mismo estado que en mi primer examen. Las funciones dijestivas se ejercían con toda regularidad, habiendo aumentado el apetito. Ese día se ordenó dar al enfermo una cucharada de jarabe de ioduro de fierro durante ocho días. En los diecisiete días que siguieron al 26 nada que me llamara la atención pude notar. Al otro día observé que la zona de aclaramiento habia crecido en otro tanto, que las rugosidades i depresiones habian desaparecido casi en su totalidad, i que una red escasa de vasos habia salvado los límites de la membrana i se veía en el espesor de la parte aclarada. En la córnea izquierda, la parte central era el sitio de un empañamiento mas intenso que en sus demás segmentos; por lo demás los focos se habian estendido de tal manera que casi no se distinguían del resto de la infiltración. Así pasaron ocho días sin que yo percibiera otro cambio que el avance del aclaramiento del ojo derecho, hacia el centro, hasta llegar a 1 o 2 milímetros del borde pupilar. No me fue posible ver al enfermo durante los cinco días que siguieron. Cuando lo volví a observar el campo pupilar del ojo derecho principiaba a ser invadido por el aclaramiento, el iris se veía con su coloración casi normal i la periferie de la córnea izquierda comenzaba también a hacerse menos opaca.

Aquí el aclaramiento marchó con mas rapidez que en el ojo derecho, pues, a los doce días, habia llegado al borde pupilar. Esto lo atribuyo a que los vasos que penetraron en la córnea fueron mucho mas numerosos que en el ojo primitivamente afectado. Diez días antes de la última fecha que dejo apuntada, la pupila del ojo derecho estaba ya lo suficientemente clara para que el enfermo pudiera distinguir el movimiento de los dedos que ya le presentaba delante de ella. La desaparición de la opacidad del centro de la córnea izquierda, también se hizo lijero.

A los 59 días después de instituido el tratamiento, el paciente,

pudo andar por la sala con toda facilidad. Dos días después pudo leer los caracteres de un diario i nombrar, sin vacilación, los colores de varias rayas finas que yo había trazado con diversas tintas. Por fin el 13 de julio salió de alta en perfectas condiciones visuales i sin la menor huella de la enfermedad que había padecido.

2.^a OBSERVACIÓN

Se trata en este caso de una niña de 18 años de edad i que tiene el lado izquierdo del cuello (región parotidea) una cicatriz de escrófula. Sin antecedentes ni manifestaciones sífilíticas. Es hija de tísica. Se presentó a la dispensaria de enferme-lade de los ojos del hospital de San Vicente de Paul el 16 de junio del presente año, día en que procedí a su examen.

A la simple vista se distinguía en la córnea derecha, una mancha grisácea, de forma triangular, de vértice central i de base periférica i que ocupaba, mas o menos, el sexto inferior de la membrana. Un poco mas arriba del ángulo esterno de esa mancha existía otra de forma losáujica i de color amarillento. El resto de la córnea parecía normal, pues dejaba ver el iris con toda claridad. El examen con una lente me hizo reconocer, sin embargo, en esta última parte, un lijerísimo grado de infiltración, puntiforme, de aspecto de polvo sumamente fino. En la faja triangular se veían varios focos pequeños i en la mancha amarillenta, uno solo, espeso i el mas grande que he visto. La inyección periquerática era poco desarrollada. El ojo izquierdo perfectamente sano.

Me dijo la enferma que hacia como una semana le había aparecido la mancha triangular de que ya he hablado i que desde entonces no veía con tanta claridad como antes, cuando cosía. Se hizo ver por un médico, i éste le dió un líquido i un polvo blanco para que se echara en el ojo enfermo. No sintiendo mejoría alguna había venido a la consulta del Dr. Cienfuegos.

Ese mismo día se le dieron píldoras i pomada con iodoformo, recomendándole volviera todos los días a hacerse instilaciones de atropina. Se le dijo tomara dos píldoras diarias i se hiciera fricciones en la forma indicada mas arriba. En los siete días que siguieron no me fue posible apreciar cambio alguno, a no ser un aumento del calibre de los vasos que rodeaban la córnea. Dos días

después la parte que parecía normal, al principio, mostraba ya un enturbiamiento perceptible a la simple vista i por supuesto mucho mas manifesto con el auxilio de una lente, la cual hacia distinguir también la tendencia del foco lensájico a dividirse en tres. Ese día se aumentó la dosis a cuatro píldoras.

La enfermedad siguió su curso progresivo, tomando, la membrana, un aspecto cada vez mas uniforme, hasta que el 22 de julio presentaba una coloración gris en toda su estension, eso sí que menos intensa en la rejión pupilar. La inyección periquerática era entonces considerable i la enferma padecía de cierto grado de fotofobia i un ligero lagrimeo, cuando miraba la luz, lo que la obligó a usar una viscera negra en el ojo afectado. Con la lente se descubría la descamación epitelial característica de esta queratitis. Desde esa fecha hasta el fin del tratamiento le subí a seis el número de píldoras. En este estado se mantuvieron las cosas por espacio de dieziocho días, solo observándose un oscurecimiento mayor en el campo pupilar, hasta el punto de abolir por completo la visión con el ojo derecho.

Todavía hubo que esperar algún tiempo para que se manifestara la reabsorción de exudato. El 16 de agosto noté una zona estrecha de aclaramiento en la parte inferior de la córnea. Esta zona fue creciendo paulatinamente i se estendió a toda la periferie. Una red mui fina de vasos había penetrado en el espesor de la membrana. La rejión pupilar era la única que permanecía opaca, cuando el 7 de setiembre, principió a ser invadida por el aclaramiento. Este fue bastante lento en su marcha, pues, el 15 del mismo mes, no pasaba de un milímetro.

La enferma se ausentó siete días i, grande fue mi sorpresa, cuando al volverla a ver en la dispensaría el 22, me dijo, que veía tan bien que había enhebrado una aguja después de taparse el ojo izquierdo. Tuve que creerle lo que me contaba, porque a pesar de un examen minucioso que le hice, no pude hallar el menor defecto en la transparencia de la córnea derecha.

El 22 de setiembre, es decir, 3 meses 6 días después de iniciado el tratamiento la enferma había curado completamente.

Lo mas curioso que ofrece este caso es que teniendo de característico la queratitis intersticial, el atacar a ambos ojos, haya quedado aquí indemne uno de ellos después de haber curado el otro, porque, si es cierto que la regla jeneral es, que principie a invadir al segundo cuando ha llegado a un avanzado desarrollo en el

primitivamente afectado, es un hecho que yo no he hallado consignado en ningún texto el que ataque al segundo después de la extinción del mal en el primero. La falta de ese hecho en los libros i el no haberse presentado hasta la fecha un proceso inflamatorio en el ojo izquierdo de la enferma a que aludo, me inclina a creer que he tenido la suerte de observar uno de esos casos excepcionales de queratitis intersticial unocular.

Otra cosa que me ha llamado la atención, es que en cuatro casos que he observado, la afección, ha principiado, en todos, por el ojo derecho. No sé hasta qué punto podrá llegar la jeneralización de este hecho.

Resumiendo lo que se refiere solo al tratamiento de la queratitis intersticial, llego a las conclusiones siguientes:

1.^a El iodoformo ha sido el medicamento que hasta hoy nos ha producido la curación mas rápida de la queratitis intersticial, que no tiene por causa la diátesis sífilítica;

2.^a Por haberlo usado, lo mas aisladamente posible, es natural esperar resultados, todavía mas satisfactorios, auxiliándolo como medios jenerales i locales apropiados;

3.^a En los casos exentos de complicaciones, hemos obtenido un aclaramiento perfecto de las córneas cosa que mui amenudo, no sucedía con los tratamientos anteriormente empleados;

4.^a Hasta ahora no hemos tenido noticias de que la enfermedad haya recidivado;

5.^a El uso del medicamento no nos ha presentado el menor inconveniente en su administración interna; antes, por el contrario, hemos observado cambios favorables en las funciones dijestivas i menstrual;

6.^a Respecto a las primeras, sabemos que el uso no interrumpido del aceite de hígados de bacalao, preparaciones marciales i ioduro de potasio, tan empleados en el tratamiento de la queratitis intersticial, les es con mucha frecuencia perjudicial;

7.^a La inyección periquerática ha aumentado siempre a los pocos días de tratamiento, circunstancia que apresura la reabsorción del exudato corneal;

8.^a Que por tener las preparaciones iódicas una acción benéfica sobre el sistema linfático i por el iodoformo, un compuesto en que el iodo forma casi la totalidad de su peso i pierde sus propiedades sáusticas, lo creemos el mas adecuado para obrar enérgicamente sobre una infiltración linfática de la córnea.

Quizas, la honorable comisión examinadora, encuentre escaso el número de oservaciones que sirve de base a la presente memoria, pero si toma en consideración la poca frecuencia con que se presenta la enfermedad, el trabajo diario de buscar enfermos durante cuatro meses i medio i, sobre todo, el apoyo de seis curaciones mas obtenidas por el Dr. Cienfuegos, se convencería de que el tratamiento de que he dado cuenta merece llamar la atención i seguirse ensayando.

En vista de lo espuesto en último término, confío en que la honorable comisión, será indulgente i me acordará su japrobación.
