

## OFTALMOLOGIA.

## PERTURBACIONES OCULARES EN EL MAL DE SAN LAZARO. (Lepra).

Memoria presentada por su autor á la Academia N. de Medicina.



ANTES de tratar la cuestión que me he propuesto, me es indispensable hacer algunas consideraciones sobre la lepra en general. Las forzosas digresiones que á mi pesar y contra mi costumbre haga, me serán perdonadas, lo espero, justificada que sea su necesidad.

Con el nombre de Mal de San Lázaro conocemos en México una enfermedad microbiana hereditaria ó adquirida y muy probablemente contagiosa, que se manifiesta del lado de la piel bajo forma de nudosidades ó manchas y por parte del sistema nervioso con perturbaciones tróficas y de sensibilidad, á ella especiales; pero este mismo afecto ha recibido en el extranjero varios nombres, no todos inequívocos, ya que algunos de ellos tienen diferentes connotaciones. Se le ha llamado lepra, elefantiasis de los griegos, speldasked, etc.

Los antiguos llamaban lepra á todas las enfermedades escamosas, (*λεπρα* escama). Aunque hoy día algunos autores le conserven esta acepción, casi todos están contestes en aplicar esta palabra á lo que nosotros llamamos Mal de San Lázaro. Usaré indistintamente cualquiera de estos dos términos, evitando los demás, para no hacer confusión.

Despréndese de lo ya dicho que la lepra no es exclusiva á México, y ciertamente así acontece; pues si casi desconocida en Alemania ó Inglaterra y poco común en algunos puntos de Francia, es endémica en cambio en Suecia, Noruega, Hungría, Servia, Italia, España y Turquía, para no hablar más del Continente Europeo.

En la República es común el Mal de San Lázaro y su distribución geográfica es como sigue, según el Dr. Orvañanos. (Ensayo de Geografía Médica y Climatología de la República Mexicana). Tiene su máximum en el Estado de Sinaloa, exceptuando los distritos de Cosalá, Mazatlán y del Fuerte; vienen en segunda Juchipila en el Estado de Zacatecas, Teocaltiche en el de Jalisco, Guanajuato y Allende en el de Guanajuato y el distrito de Jiquilpan en el Estado de Michoacán. Rara en los Estados del Norte (solamente se hallan moderadamente invadidos algunos distritos del Estado de Coahuila, el de Río Grande de Zaragoza y el 7º y 8º de

Nuevo Leon), lo es igualmente en los del Golfo, en donde sólo se encuentra en algunas municipalidades del partido de Heselchán en Campeche y de Mérida en Yucatán.

Divide el Sr. Orvañanos los Estados del centro en tres zonas: La 1ª formada por la mayor parte del Estado de Sinaloa y la parte sur de Durango, en la que comprende el partido del Mezquital; la 2ª por una gran parte de los Estados de Guanajuato y Jalisco, por la parte norte de Michoacán, la sur de Zacatecas y la occidental de San Luis Potosí, y la 3ª por toda la parte central del Estado de Guerrero. Además de estas grandes zonas distingue otras pequeñas, formadas por el partido de Alaquines en San Luis Potosí, los distritos de Juchitán, Tuxtepec y Villa Alvarez en Oaxaca, el Departamento de Soconusco en Chiapas y el distrito de Xochimilco en el Distrito Federal en los que hay pocos casos.

Es opinión generalizada y no sin fundamento, la de que la lepra disminuye en la Capital. En tiempo de Hernán Cortés se hizo necesario establecer un hospital especial.

El Dr. Lucio tuvo á su cargo igualmente un hospital de lazarenos, aunque de menor importancia; después sólo se conservó una sala en el hospital "Juárez" y en Abril de 1890 se encontraban en ese hospital cinco enfermos nada más.

El mal de San Lázaro ha sido perfectamente descrito entre nosotros desde el año de 1851 por los Dres. Lucio y Alvarado. Su opúsculo es un modelo de exactitud, de observación y claridad de exposición. Las descripciones de la enfermedad son muy fieles y los mismos autores europeos han tomado de esa memoria algunas ideas y la elogian como se merece.

Sin embargo, las extraordinarias revelaciones del microscopio y la anatomía patológica, que en los últimos años están causando una verdadera revolución en Medicina, han suministrado datos sobre la naturaleza y origen de la lepra, antes ni sospechados.

A la cabeza de estos descubrimientos está el del bacilo de Hansen, patógeno de la lepra. No menos importantes son las investigaciones de Virchow, Leloir y otros especialistas sobre la histología patológica.

Tres formas distinguen los Sres. Lucio y Alvarado de esta enfermedad: la tuberculosa, la manchada y la anestésica; pero no han sido aceptadas todas ellas por los autores. Algunos y entre ellos Leloir (quien ha hecho un estudio especial de la lepra en Europa por recomendación del gobierno francés), sólo admiten dos, la tuberculosa ó sistematizada cutánea y la trofoneurótica ó sistematizada nerviosa, correspondiendo á la anes-

tésica del Sr. Lucio. La forma manchada no sería, según él, sino una variedad constituyendo el principio de las únicas formas que Leloir admite, aconteciendo á veces que el enfermo sucumbe antes de que el mal tome la forma tuberculosa ó la trofoneurótica.

Saldría yo de los límites naturales de mi programa, si tratara aquí de esclarecer estas cuestiones; mas no debo pasarlas del todo por alto, ya que tan estrechos vínculos la unen al asunto de que me ocupo.

Las razones que aduce Leloir, para no admitir la forma maculosa, no me son enteramente convincentes y debo hacer notar que lo que este autor describe como manchas, citando el opúsculo de Lucio y Alvarado, no son sino las que preceden á la formación de los tubérculos y no las de la forma llamada manchada. Poncet de Cluny, médico francés que durante la intervención tuvo oportunidad de estudiar el mal de San Lázaro en nuestros hospitales, admite las tres formas.

Inclinándome á la existencia de la forma manchada y á no ver en ella una simple variedad, puesto que tanto se diferencia de las otras dos, hablaré de las lesiones oculares de la lepra maculosa como de la tuberculosa y la trofoneurótica y para mi propósito poco da que se le considere ó no, como forma aparte.

Los autores del opúsculo mexicano tantas veces citado trazaron con mano maestra el cuadro clínico del mal de San Lázaro; pero sólo indicaron someramente sus manifestaciones oculares. En Europa han sido objeto de especiales estudios. Cábeme la satisfacción de indicar esta nueva vía de investigaciones é iniciarla, para que aquellos de mis compañeros que cuenten con mayor acopio de datos y más saber, continúen y completen la tarea.

Para redactar esta Memoria he tenido en cuenta los trabajos de Leloir, Hansen y Bull, Lucio y Alvarado, Panas, Poncet de Cluny, Meyer, Bégue, etc., y algunas observaciones personales. En las observaciones he fijado mi atención de preferencia en los síntomas oculares, no mencionando de los otros, sino lo preciso para justificar el diagnóstico de la enfermedad y su forma.

Sentados estos preliminares, paso á describir las manifestaciones oculares de la lepra primero en la forma trofoneurótica ó anestésica, en seguida en las formas tuberculosa y manchada, para terminar con las formas mixtas.

## I

Forma trofoneurótica, sistematizada nerviosa ó anestésica de Lucio y Alvarado.

En esta forma no hay caída de las cejas y las pestañas (madarosis), ó cuando existe, es siempre en menor grado que en las otras dos. Los párpados en cambio, sufren alteraciones profundas, dando por resultado que mal protegido el globo ocular se dañe.

El cartílago tarso del párpado inferior se reabsorbe y se acorta de tal modo que no pudiendo los enfermos aproximar los párpados, para proteger la córnea, tienen que llevarla hacia arriba, debajo del párpado superior. Así lo hacen al dormir. Esta alteración se encuentra ya descrita en el opúsculo del Sr. Lucio; pero hay otras perturbaciones muy importantes de las que no se hace mención allí.

El músculo orbicular de los párpados se paraliza, de manera que los enfermos no pueden abatir el párpado superior y esta es una de las principales causas de que no puedan cerrar los ojos.

El músculo elevador del párpado puede conservar sus funciones intactas, de modo que, si bajamos artificialmente el párpado, el enfermo puede levantarlo con sólo querer.

El párpado inferior se voltea hacia afuera y los puntos lagrimales desviados, no dan cabida á las lágrimas (lagoftalmos paralítico), que escurren sobre la mejilla.

---

La observación siguiente es demostrativa ó interesante bajo estos puntos de vista.

Observación recogida el 23 de Abril de 1890 en la sala de lazarinas del hospital "Juárez."

Forma trofo-neurótica.

Ana Durán, de 48 años, nacida en Morelia, entró al hospital en 1875. Su enfermedad data de 18 años atrás.

Los primeros síntomas de su enfermedad, según ella recuerda, aparecieron por el aparato de la visión. En el ojo derecho tenía sensación de cuerpos extraños y lagrimeo. Después tuvo calentura con calosfríos dia-

rios, calambres en los dedos, adormecimientos y más tarde pérdida de la sensibilidad.

Estado actual. Atrofia muscular generalizada y pérdida de fuerzas consiguiente; mucha dificultad para la marcha y flexión forzada de las falanges de los dedos sobre la mano.

En la mano izquierda, además, eliminación de algunas falanges. Pérdida de la sensibilidad en el brazo y hombro izquierdos y en casi todo el miembro superior derecho. Las dos piernas insensibles, los muslos poco sensibles.

### OJOS.

Ojo derecho. Ceja poco poblada y menos aún, en su cola; pero de ninguna manera alopecica. Pocas pestañas en el párpado superior y todavía menos en el inferior. Puntos lagrimales poco visibles y desviados un poco hacia afuera.

Los párpados no se cierran, ya porque el tarso inferior está un poco atrofiado, y sobre todo, por parálisis del orbicular; mas si se aproximan los párpados con los dedos, la enferma puede abrir el ojo, lo que prueba que el elevador funciona. Invitando á la enferma á cerrar los ojos, aproxima un poco los párpados, disminuye en proporción la hendidura palpebral y á la vez hace girar el globo del ojo hacia arriba, de manera que la córnea queda oculta tras el párpado superior; pero siempre queda visible gran parte de la conjuntiva bulbar. Así duerme. La conjuntiva palpebral está inyectada, los fondos de saco disminuídos. Hay epífora y fotofobia. La vascularización de la conjuntiva es superficial y se extiende en forma de abanico de los ángulos del ojo, en donde está la parte más ancha, hacia la córnea que invade en su parte inferior en una extensión de uno y medio milímetros, de manera que la córnea está cubierta en este lugar por una tenue membrana, continuación de la de la conjuntiva, que bien puede llamarse terigión. Notaré, sin embargo, que los terigiones se hospedan más bien á un lado que arriba ó abajo.

La parte superior de la conjuntiva bulbar está inyectada, pero sin haber en ella terigión y se continúa insensiblemente, sin limitación marcada con la conjuntiva de la parte inferior, la que se distingue solamente por la vascularización mayor y en forma de abanico ya citada. La porción de conjuntiva ocupada por el terigión, ó por mejor decir, el terigión mismo, está casi insensible.

La circunstancia de estar situada esta membrana en la parte inferior

de la conjuntiva bulbar, sitio constantemente expuesto en la enferma á las influencias exteriores, aire, polvo, etc., aun durante el sueño, me hace pensar que esta irritación continua ha provocado la neoformación.

Ojo izquierdo. Pocos pelos en la ceja y aun menos en su cola. Pocas pestañas en el párpado superior y muy pocas en el inferior. Los párpados no se cierran. Los puntos lagrimales están evertidos y se perciben con dificultad.

Hay un terigión semejante al del ojo derecho; pero que invade á la córnea en mayor extensión, como dos ó tres milímetros, en su segmento inferior.

La agudez visual parece buena en los dos ojos. Hay la presbicia correspondiente á la edad.

Los autores señalan como consecuencia ulterior de esta inoclusión de los párpados la xerosis, lo que es bien posible, si la conjuntiva expuesta de continuo al contacto del aire, se cutiza. La córnea mal protegida puede ulcerarse, ulceración trófica á lo que contribuirán no poco las perturbaciones funcionales del sistema nervioso en esta forma de lepra.

No siempre llegan las alteraciones oculares á este grado en la forma anestésica y pueden limitarse á ligera caída de pestañas y cejas como lo demuestra la observación siguiente.

Observación recogida el 26 de Abril de 1890 en la sala de lazarinas del hospital "Juárez."

Forma trofo-neurótica.

Loreto Jiménez, de 30 años de edad, de Tuyahualco (Estado de México), está enferma desde hace 13 años. Entró al hospital á poco de empezar su enfermedad. Sus primeros síntomas fueron calentura, calosfríos, dolor del cuerpo, calambres en los brazos y en las piernas y posteriormente flexión forzada de los dedos de la mano y pérdida de algunas falanges.

Absorción de las falanges; pérdida de sensibilidad en las manos y en el dorso de los piés, son los principales síntomas actuales.

## OJOS.

Caída incompleta de las cejas, sobre todo en la parte externa.

Pocas pestañas.

Algo semejante se nota en esta otra observación.

Observación recogida el 26 de Abril de 1890 en la sala de lazarettos del hospital "Juárez."

Forma trofo-neurótica.

Dolores López, de 80 años, nacida en Morelia, lleva de estar enferma 18 años.

Empezó con calosfríos, calenturas y picazón en todo el cuerpo. Hace ocho años notó que disminuía la sensibilidad en las manos y tuvo hormigueo en los brazos y adormecimiento.

Estado actual.—Calambres y sensación de frío en los brazos. La sensibilidad de la planta de los pies obtusa; le parece caminar sobre lana. Contractura de los flexores de los dedos, atrofia de las falanges y pérdida de la sensibilidad en las manos, antebrazos y brazos, lo mismo que en las piernas y parte inferior de los muslos.

## OJOS.

Ojo derecho.—Las cejas empezaron á caerse desde el principio de la enfermedad; ahora existen pocos pelos, más particularmente en la cola. Pocas pestañas; en la parte externa del párpado inferior faltan por completo.

Ojo izquierdo.—Ceja poco poblada sobre todo en la cola. Pocas pestañas. Conjuntivitis catarral con inyección conjuntival y secreción mucosa.

La caída de las cejas y las pestañas puede ser nula. De ello es un ejemplo el caso siguiente.

Observación recogida en el hospital de San Andrés el 1º de Mayo en la sala de Clínica de quinto año.

Forma anestésica ó sistematizada nerviosa.

Febronio Sánchez, de 30 años, natural de Querétaro, labrador, su mal data de 13 años.

Primeros síntomas.—Adormecimiento de los dedos meñique y pequeño del pie izquierdo. Siete años después, atrofia de los músculos de la mano izquierda y más tarde hiperestesia del brazo y pierna derechos.

Estado actual.—Dedos en flexión forzada sobre la palma de la mano. Insensibilidad casi completa en las manos, antebrazos y brazos, existiendo solamente una zona sensible en la parte interna de los brazos. Insensibilidad casi total de los pies, piernas y muslos, habiendo igualmente en los miembros inferiores una zona sensible en la parte interna de los muslos. Ulceración del tabique de la nariz.

## OJOS.

Ojo derecho.—Ceja poblada. Bastantes pestañas. Conjuntiva palpebral bastante inyectada; á veces ha tenido lagrimeo.

En el limbo esclero-corneano, del lado interno de la córnea, hay una producción blanco-amarillenta que hace ligero relieve; se extiende poco sobre la córnea y algo más sobre la conjuntiva. Tiene una forma alargada y mide unos tres milímetros. La conjuntiva bulbar de ese mismo lado está inyectada (inyección superficial) y un poco menos, del lado externo.

Esta neoformación de la circunferencia de la córnea no debemos tomarla por invasión lepromatosa, que sólo se observa en la forma tuberculosa, como á su vez lo haré ver. No es sin embargo el terigión alcohólico, tan común en México, pues el color de éste es amarillo sucio, gris y ó hace poco ó ningún relieve, siendo más bien una mancha de degeneración grasosa de la conjuntiva ó se extiende en forma de membrana. De todas maneras, no tiene ninguna semejanza con la neoformación observada en nuestro enfermo, la que no es probablemente sino el principio de un terigión vulgar.

Ojo izquierdo. ~~Las~~ Cejas y pestañas pobladas, como las del ojo derecho. Las cabezas de las cejas de ambos ojos están tan pobladas que se unen en la raíz de la nariz. Conjuntiva palpebral inyectada. En la conjuntiva ocular, adentro, cerca de la córnea, coloración amarillenta.

---

Como final de este artículo me voy á ocupar del tratamiento de las complicaciones oculares en la forma trofo-neurótica.

He dicho ya que lo que más molestias causa, por parte del aparato de la visión, á los enfermos de lepra de forma sistematizada nerviosa, es la inoclusión de sus párpados, que depende de la parálisis del orbicular y en parte de la reabsorción del cartílago tarso. Esta inoclusión (lagofthalmos

paralítico), de cuyas funestas consecuencias he hecho ya mención, se corrige por la tarsorrafia, operación que consiste en disminuir la ventana palpebral, lo que se consigue avivando una porción de los bordes palpebrales en la parte externa y suturando la porción de los párpados avivada.

He aquí el proceder recomendado por Wecker:

“Primero. Se avivan los bordes de los párpados tensos sobre la placa de carey, por medio del cuchillo de catarata de Beer, teniendo cuidado de no quitar adelante de las pestañas; sino exactamente la capa epitelial. Esta escisión se completa en la comisura externa, desprovista de pestañas, por medio de tijeras curvas muy finas. Se tiene cuidado de no atacar durante este avivamiento ni glándulas tarsianas ni bulbos pelosos y de ir algunos milímetros más allá de la extensión en que se quiere interesar los bordes palpebrales.

“Segundo. Se reúnen los párpados por varias suturas metálicas profundas y se dejan en su lugar las finas asas de plata que se han colocado suficientemente lejos para no cortar la piel, tanto tiempo cuanto sea necesario para asegurar una reunión perfecta.”

Las otras perturbaciones que sobrevienen en los ojos de los antoninos, como la xerosis, la ulceración y perforación de la córnea, son consecuencia de la inoclusión de los párpados y por esta razón la tarsorrafia remediando ésta, sirve de tratamiento á aquellas.

## II

### Forma tuberculosa ó sistematizada cutánea (Leloir).

En esta forma del mal de San Lázaro hay lesiones en los párpados y en el globo ocular.

Alteraciones en los párpados y en la región supraciliar.—Hay alopecia de la ceja aunque no tan completa como en la forma manchada (Lucio y Alvarado). Esta madarosis está relacionada con el brote de tubérculos en esta región. La caída de las pestañas es igualmente menos notable que en la forma maculosa.

Los tubérculos se desarrollan en la región supraciliar y en los párpados. Cuando el brote empieza por la cara, la región de las cejas es de las primeras invadidas y entonces comienzan á caerse los pelos. Estos tubérculos tienen los mismos caracteres que los del resto del cuerpo y como

ellos, pueden ulcerarse. Dan al párpado un aspecto nudoso, remedando chalaziones separados por surcos y pueden abultarlo tanto, que se haga imposible levantar el párpado superior, de manera que el ojo está siempre á medio abrir, lo que contribuye á dar á la cara de los leoninos un aspecto especial repugnante. Así estaban los párpados del enfermo cuya historia voy á referir.

Observación recogida el 29 de Abril de 1890 en la sala núm. 3 del hospital "Juárez."

Forma mixta tuberculosa, manchada y anestésica.—Lesiones oculares de la forma tuberculosa, solamente.

Félix Castro, de la Piedad (Estado de Jalisco), ha estado en el hospital varias veces. Actualmente, desde hace un mes.

Empezó su enfermedad hace ocho años por adormecimiento de los pies y sucesivamente de las piernas, muslos, etc., hasta extenderse á todo el cuerpo.

Estado actual.—Insensibilidad en casi toda la pierna, el pie izquierdo é igualmente de la pierna y pie del otro lado. Manchas en las dos piernas, algunas ulceradas. Manchas en los brazos, una de ellas ulcerada en el brazo izquierdo. En el cuello se encuentra también una úlcera. Tubérculos en la cara, particularmente en la boca, nariz y en las orejas, deformadas por esta causa.

## OJOS.

Ojo derecho.—No hay cejas en la parte externa; en la interna muy pocos pelos. Pocas pestañas en el párpado superior, faltando en medio del párpado. Párpado inferior con muy pocas pestañas. Un tuberculito del tamaño de un chicharo chico situado en el párpado superior, lo deforma.

Ojo izquierdo.—Poquísimos pelos en la parte interna; ninguna en el resto del párpado. Tubérculo en el párpado, que lo deforma.

Párpado inferior.—Hay únicamente muy pocas pestañas en la parte interna.

En la forma tuberculosa, la conjuntiva, la córnea y el iris pueden ser invadidos primitivamente por el leproma. El sitio de predilección, en un principio lo es, como para otras neoformaciones, el limbo esclero-corneal.

De dos maneras invaden los productos lepromatosos al ojo, ya sea extendiéndose en delgada capa sobre ancha superficie ó bien bajo forma de voluminosas masas.

En la conjuntiva aparece bajo el aspecto de mancha amarillenta, vascularizada que se convierte después en tubérculo y provoca lagrimeo y fotofobia.

La córnea puede estar afectada desde los primeros períodos de la enfermedad. No es raro que los dos ojos se enfermen á la vez.

La forma más común de ser invadida la membrana trasparente del ojo, es de una opacificación superficial que del borde de la córnea se extiende progresivamente á su centro; comienza habitualmente por la parte superior y externa.

Examinada esta opacidad, que á la simple vista parece uniforme, con un lente de aumento, la encontramos formada por pequeñas manchas ó puntos separados entre sí por porciones de córnea enteramente transparentes, ó bien, pocas veces, unidos por una cinta blanquizca. Estas manchas son más grandes y confluentes en la periferia y van disminuyendo hacia el centro.

El aspecto de tales córneas es como si se hubiera espolvoreado sobre ellas polvo de harina (*as if fine flour had been blown in on the surface of the cornea*) (*Bull & Hansen. The leprous diseases of the eye*). Finos vasos, continuación de los de la conjuntiva, alimentan esta infiltración y pueden darle, si son abundantes, una coloración rojiza sucia. Este proceso, sin embargo, es lento. Si la córnea es invadida en su totalidad (lo que no siempre acontece, pues es común encontrar el centro trasparente), toma el aspecto del leucoma.

El caso que voy á relatar me fué dado estudiarlo por benevolencia del Sr. Dr. Lorenzo Chávez, á quien pertenecía el enfermo y es un buen ejemplo de las alteraciones que he mencionado.

Observación recogida el 2 de Mayo de 1890.

Forma tuberculosa y anestésica. — Lesiones oculares de la forma tuberculosa solamente.

Estanislao Mendoza, mulato, de 37 años, labrador, nacido en San Carlos (Estado de Veracruz), vive en la plazuela del Aguila núm. 2.

Hace datar su enfermedad de seis á siete años atrás, la que empezó por picazones y adormecimientos en los miembros y sequedad en la nariz.

Estado actual.—Insensibilidad de manos y brazos. Sensibilidad disminuída en los piés y en las piernas. Tubérculos en la cara, en la nariz y en las orejas.

## OJOS.

Empezó su enfermedad ocular hace tres años por el ojo derecho y poco después se enfermó el izquierdo.

Ojo derecho.—Pérdida completa de cejas y pestañas. Tubérculos pequeños en el borde del párpado superior.

Córnea totalmente opaca, blanca, brillante, sin vascularización á la simple vista.

Ojo izquierdo.—Párpados sin pestañas ni cejas como los del lado derecho.

La córnea está infiltrada en casi su totalidad por una producción blanca, con cierto brillo y sin vasos; solamente ha quedado trasparente una porción triangular en la parte interna é inferior. La base del triángulo situada en el limbo, medirá unos tres milímetros. Los Dres. Chávez y J. Vértiz, practicaron una iridectomía óptica en este lugar el 30 de Abril de 1890. La porción de iris extraída no pareció estar alterada. La conjuntiva estaba inyectada, sin duda por la reciente operación; pues yo ví al enfermo pocos días después de practicada la coremorfosis.

Otro modo de ser invadida la córnea por el leproma es, como arriba lo indiqué, bajo forma de tumor.

El lugar primero invadido, lo es, en la mayoría de los casos la parte externa del limbo corneano.

El primer signo de esta invasión es una inyección triangular cuya base está en la córnea. A la formación del tubérculo precede una infiltración, la que está siempre separada de la formación tuberculosa por una porción trasparente de córnea.

Después de la inyección se observa en el borde de la córnea una mancha amarillo-rojiza que se convierte en nudosidad. Esta producción lepromatosa avanza más y más sobre la córnea y puede cubrirla á toda ella. El tubérculo es duro, fibroso, de ancha base; del lado de la conjuntiva se continúa insensiblemente con ella. No así del lado de la córnea, en donde termina de una manera abrupta.

Estas condiciones hacen difícil su extirpación. Está acompañado de inyección vascular.

Después de haber existido algunos años, puede empezar á reabsorberse, ó como los otros tubérculos, ulcerarse y perforar la córnea, sobreviniendo las consecuencias de esta perforación, desde el simple prolapso del iris, hasta la evacuación del contenido del ojo y la tisis consiguiente.

Tiene de especial el granuloma lepromatoso, que los sitios por él ocupados se hacen insensibles al tacto (insensibilidad táctil), en tanto que la sensibilidad al dolor no sólo no se obtusa, sino que parece exagerarse, como se observa al ejecutar alguna operación, aun cuando se use la cocaína (Panás).

El tubérculo se puede desarrollar igualmente entre las láminas de la córnea y en su crecimiento las va separando á manera de cuña. Es un poco más gris y menos rojo que el tubérculo superficial.

---

La observación que paso á relatar, es un bonito ejemplo de desarrollo de tubérculos sobre la córnea.

Observación recogida el 31 de Julio de 1890.

Formas manchada y tuberculosa.

El Sr. B. S., de 56 años, natural de Santander (España), afectado de lepra, era asistido por el Sr. Dr. José B. Hernández, quien tuvo la amabilidad de pedirme mi opinión sobre sus padecimientos oculares.

Esto me permitió tomar noticia de la historia de su padecimiento.

Los primeros síntomas aparecieron siete años atrás, estando el paciente en una hacienda del cantón de Córdoba, en el Estado de Veracruz.

Lo primero que recuerda haber notado, fueron bulas en las rodillas, las que reventándose, dejaron una ulceración.

Estado actual. — Manchas ulceradas en los pies; otras en el codo, puño derecho y en la mano entre los pliegues interdigitales del segundo, tercero y cuarto dedo. Manchas no ulceradas y cicatrices de manchas en los miembros inferiores y en los brazos.

Tubérculos en las manos. Tubérculos en la lengua. Destrucción del tabique de la nariz y aplastamiento de ella. Ardor en los brazos y las piernas.

## OJOS.

Desde antes que se manifestara la lepra, había simple inyección conjuntival.

Su enfermedad ocular data de la misma época que su padecimiento general y empezó por el ojo izquierdo.

Ojo izquierdo.—Caída de las cejas en la parte externa. Un tubérculo colocado en el párpado superior, lo abulta. Pérdida de las pestañas en el párpado superior; en el inferior sólo quedan tres ó cuatro y hay además en él una pequeña ulceración.—(Continuará).

---

## Academia N. de Medicina.

---

Sesión del 15 de Abril de 1891.—Acta número 27.—Aprobada el 22 de Abril de 1891.

Presidencia del Dr. Orvañanos.

Se abrió la sesión á las siete y cuarto de la noche con la lectura del acta de la anterior que fué aprobada.

En seguida se dió cuenta:

El Dr. San Juan presenta una pieza patológica, con el objeto de comprobar lo que en el mes de Marzo de 1889 tuvo la honra de comunicar á esta Academia, esto es; que las tres histerectomías á que se refería su comunicación fueron practicadas por degeneraciones malignas. De la cuarta histerectomía practicada por él, conserva la pieza patológica; y la que hoy presenta corresponde á la quinta histerectomía. La Comisión que el señor Presidente nombre para que examine la pieza, se convencerá de que en este caso se trataba también de un carcinoma del cuello uterino; agrega que antes de proceder á la operación en el caso presente, pudo cerciorarse de que no había infiltración en los tejidos vecinos, apreciables á la exploración macroscópica; pues en otros casos cuando hay infiltraciones, la reproducción, después de la operación, es casi fatal.

El señor Presidente nombró al Dr. Cordero para que examinase la pieza.

El Dr. Cordero dice: que la pieza que acaba de examinar, es una matriz, cuyos anexos han sido desprendidos, el cuerpo tiene sus dimensiones