

un procedimiento original de limitación, á mi juicio bastante exacto; pero creo también que la principal parte de su exactitud consiste en el instrumento en que recibe la percusión, que es una planchita gruesa de madera, compacta, sobre la cual percute. Esto viene á representar, de un modo algo disimulado, la percusión vertical armada. Pero de cualquiera manera que se haga, aplicándola al corazón ó bien á la región preaórtica, sus resultados son halagadores, de lo cual puede fácilmente convencerse quien quiera, con sólo estudiar en el mismo enfermo los dos medios. Practicado de esta manera, cierto estoy que se convencerán de la verdad de lo asentado, y se descuidará un poco menos el empleo de la llamada percusión vertical.

México, noviembre 12 de 1902.

PROF. DR. D. MEJÍA.

OFTALMOLOGIA

Pannus de la córnea, complicación de conjuntivitis crónicas no tracomatosas.

No se interrumpe la conjuntiva en el borde de córnea, sino que se continúa sobre ella, cambiando, sin embargo, de modo de ser. Es decir, desde el punto de vista de la histología, las capas superficiales de la córnea están constituidas por la conjuntiva modificada. Esto nos explica porqué las enfermedades de la mucosa del ojo se propagan fácilmente á la córnea: las flictenas de la conjuntivitis flictenulosa se encuentran localizadas p. e., ya sea en el limbo corneal, en la conjuntiva ó en la membrana transparente.

No obstante esta continuidad en su estructura, no todas las afecciones de la conjuntiva son susceptibles de propagarse á la córnea. Entre las conjuntivitis, las hay que siempre quedan localizadas á la conjuntiva y otras que se extienden á la córnea. Ejemplo de esto último es el tracoma que invadiendo la córnea, sustituye el pannus ó paño de esta membrana.

Si se consulta á los autores, se ve que el pannus de la córnea sólo lo atribuyen al tracoma ó á la escrófula (Pannus tracomatoso, Pannus

escrofuloso); pero, de hecho, se observan en la práctica casos de pannus, debidos solamente á conjuntivitis crónicas, sin que tengan nada absolutamente de tracomatosas. Sobre esta particularidad deseo llamar la atención.

Desde el año de 1894 tuve oportunidad de observar un caso de pannus que complicaba á una conjuntivitis crónica: al mismo enfermo lo estoy asistiendo en la actualidad y de este modo me ha sido posible seguir el curso de su afección y estudiarla detenidamente. El enfermo, entonces de 35 años de edad, me refirió en aquella ocasión que empezó á padecer de los ojos desde el año de 64; del 70 al 74 su enfermedad tuvo una recrudescencia y en 86, sus pupilas estaban ya ocultas tras de una opacidad corneal.

La primera vez que vi al enfermo, la superficie de sus dos córneas estaba opaca en alguna extensión y recorrida por vasos sanguíneos (pannus de la córnea). Las pupilas quedaban ocultas por la opacidad y la visión, por lo tanto, era muy defectuosa. La conjuntiva estaba muy inyectada y la secreción de las lágrimas era muy abundante. Lo traté por los mercuriales *intus et extra*, por las duchas oculares y el yoduro de potasio al interior; pero solo conseguí que desapareciera lo que desaparecer podía, los productos infiltrados en el tejido de la córnea. Recurrí también, sin éxito, á la peritomía y al jéquirity.¹

Veamos ahora cual es el estado presente del

¹ El jéquirity, *Abrus precatorius*, (Leguminosas) es una planta cuyos granos han sido usados por los brasileños, de tiempo atrás, en el tratamiento de las enfermedades de los ojos. Su uso fué introducido en Europa, por Wecker. Son unos colorines en parte negros y en parte rojos, muy parecidos á los que se conocen vulgarmente en México con los nombres de colorín chiquito, negritas, pulguitas, (*Rhynchosia precatoria*) con los que no hay que confundir. Los granos se distinguen, en que los del jéquirity tienen el ombligo en la parte negra, mientras que los del colorín chiquito, lo tienen en la roja; en el jéquirity la superficie roja es de mayor extensión que la negra, y en el *Rhynchosia*, son las dos casi del mismo tamaño.

En Coatepec encontré unos granos rojos y negros idénticos á los del jéquirity. Posteriormente me han sido remitidos otros iguales del Puerto de Veracruz; los he usado en un enfermo con pannus corneal, logrando provocar una oftalmía purulenta igual á la que he producido en otras ocasiones con el jéquirity importado de Europa. Por esta razón, puedo asegurar que el jéquirity ó *Abrus precatorius*, vegeta en el Estado de Veracruz.

No me he podido proporcionar la planta y esto sería muy fácil al Sr. Director del Instituto Médico y á los otros naturalistas miembros de esta Academia que cuentan con correspondientes en toda la República. Esto tendría de importante, el que, según algunos botánicos me han referido, esta planta no había sido señalada como de la flora mexicana. A los naturalistas toca confirmar lo que yo señalo.

enfermo, ocho años después de que por primera vez lo asistí.

Ojo derecho.—Conjuntivas palpebral y bulbar inyectadas: el fondo de saco palpebral inferior, un poco disminuído del lado externo (simblefarón posterior). En la córnea, pequeñas opacidades diseminadas en su mitad inferior; una pequeña frente á la pupila. En la parte superior de la córnea, una faja opaca más ancha que lo que pudiera ser un arco senil, continuándose con la conjuntiva y vascularizada.

Ojo izquierdo.—Inyección conjuntival como la del ojo derecho. En la córnea, opacidades diseminadas, más extensas que las que hay en el ojo derecho. En su parte superior, un arco todavía más extenso que el que encontré en el otro ojo, igualmente vascularizado.

Como este enfermo, recuerdo haber observado otros dos: una Señora que asistió á la clínica, el año de 97, tratada igualmente por el jéquirity, sin resultado satisfactorio y otro que estoy atendiendo en la actualidad, en el consultorio del Hospital de Maternidad.

Sin duda, todos los oculistas, con alguna práctica, han de haber observado casos parecidos de conjuntivitis crónicas no tracomatosas, complicadas de pannus. Sin embargo, como ya lo dije, en la mayor parte de los autores no se habla del pannus como complicación de la conjuntivitis catarral crónica. Galezowski, ni en su antiguo tratado de enfermedades de los ojos (1875), ni en la obra que posteriormente escribió en colaboración con Daguinet, atribuye el pannus á la conjuntivitis crónica ni tampoco á la forma que él llama conjuntivitis lacrimal y que depende de obstáculos al paso de las lágrimas hacia la nariz. El enfermo, por otra parte, no presentaba los síntomas que Galezowski señala como propios de la conjuntivitis lacrimal. "Es, dice este autor, una afección crónica más bien que aguda, intermitente, sujeta á desaparecer, para volver por la influencia de causas insignificantes; constituye una verdadera conjuntivitis lacrimal de repetición."¹

Las vías lagrimales del paciente están completamente permeables; el contenido de la jeringa de Anel pasa fácilmente á la nariz, y aquí transcribiré las propias palabras de Gale-

¹ Galezowski & Daguinet, Diagnostic et traitement des affections oculaires, pág. 994.

zowski en su Tratado de enfermedades de los ojos. "En los casos difíciles y embarazosos, la inyección de las vías lagrimales decide la cuestión." (pág. 156).

En Schmidt Rimpler (Oftalmología y Oftalmoscopia) se lee "las blenorreas crónicas y aun los simples catarros, alguna vez dan lugar á opacidad pañosa, en los viejos. Recuérdese que nuestro enfermo no es viejo y que empezó á padecer su afección desde la niñez.

Por último, en la pág. 129 del tomo II del Tratado completo de Oftalmología por Wecker y Landolt, encontramos lo que sigue: "es muy raro que el catarro conjuntival ó la conjuntivitis purulenta crónica produzcan el pannus; esto no se observa sino cuando estas afecciones se complican de entropión ó de inversión de las pestañas." El enfermo no tenía entropión ni triquiasis ni nada que produjera frotamiento sobre la córnea.

Debo, antes de terminar, hacer notar que se trataba de un verdadero pannus y no de una infiltración corneal vascularizada. Es cierto que las infiltraciones de la córnea se vascularizan, para reabsorberse, pues esta vascularización tiene por resultado mejorar la nutrición de la córnea y favorecer la lucha (fagocitosis) contra los micro-organismos; pero es pasajera y restablece la transparencia de la córnea. El pannus, al contrario, es un tejido conjuntivo de nueva formación, que del limbo pasa á la córnea, entre su epitelio y la membrana de Bowman; no tiende á desaparecer ni á supurar, sino á organizarse definitivamente (J. P. Nuel) El pannus que al principio, es parcial, puede llegar á extenderse á la córnea entera.

El enfermo del que nos hemos ocupado en este trabajo, tuvo, al principio, infiltraciones corneales que fácilmente desaparecieron por los mercuriales, calor húmedo, etc., y ha quedado después el verdadero tejido pañoso con todos sus caracteres y sin tendencia á desaparecer.

El Sr. Profesor de Bacteriología, Dr. Angel Gavilño, tuvo la amabilidad de buscar en la secreción conjuntival del enfermo, los micro-organismos que pudiera haber y el resultado de su examen, fué el siguiente:

No se encontraron los diplo-bacilos de Morax, que caracterizan la conjuntivitis diplobacilar.

No se halló el bacilo de Weeks-Morax, propio de la conjuntivitis aguda, contagiosa.

No existía el Gonococcus de Neisser.

Se encontró un diplococcus muy pequeño, de 0.20 de milésimo de milímetro que requirió un aumento de más de 1,000 diámetros, para poderlo caracterizar en el microscopio. Por ser tan pequeño y diplococo, no es posible confundirlo con el diplobacilo de Morax. No había ningún otro germen.

En la Sociedad de Oftalmología presenté al enfermo y allí, mis consocios tuvieron la bondad de hacerme juiciosas observaciones que he tenido en cuenta.

Sería muy largo mencionar todos los tratamientos á que ha estado sometido el enfermo, sin éxito; su padecimiento ha sido siempre rebelde. Sólo hablaré de la takamina (clorhidrato de adrenalina) de la que no tuve, ni con mucho, el resultado que me esperaba. Este medicamento, á la verdad, hacía desaparecer, á los pocos minutos de instilado, la inyección conjuntival, casi por completo; pero después, sobrevénia una reacción; la conjuntiva se vascularizaba más y la secreción catarral aumentaba. Por este motivo pronto abandoné la adrenalina.

El tratamiento que mejores efectos ha producido y al que está sujeto en la actualidad, consiste en tocar la mucosa palpebral con el lápiz de sulfato de cobre.

Conclusión.—Aunque raros, hay pannus de la córnea que no dependen ni del tracoma, ni de la escrófula, ni de alguna causa local de irritación, sino de una conjuntivitis catarral crónica y se observan, no solamente en los viejos; sino aun en personas que no lo son.

México, Noviembre 19 de 1902.

A. CHACÓN.