

res de la Presidencia que le tocará desempeñar en el próximo año académico, no le permitirían cumplir el nuevo encargo; aceptada su dimisión, se votó para substituirlo al Dr. Jesús González Urueña.

DR. HURTADO.—Atiende a una niña que ha presentado un cuadro grave y no exento de interés. Comenzó con temperatura de 40 grados, piel seca, subdelirio y convulsiones; sobrevino dispnea; después, vultuosa y manchada la cara, tos, modorra, catarro ocular, signo de Koplick, estertores e hipotensión sanguínea; encontró en el vientre, buscándola, esa raya blanca, franjeada bilateralmente por dos rayas rojas, que señalan algunos clínicos. Diagnosticó sarampión con grave pronóstico. Lo que más le impresionó fué la hipotensión, que revelaba una insuficiencia supra-renal; en consecuencia, prescribió 3 gotas de solución de adrenalina por tres veces al día; la tensión mejoró y al día siguiente la encontró toda roja, generalizada la erupción. Este éxito lo animó para aumentar la dosis, que a veces llega hasta 2 ó 3 gotas cada dos horas. Este medicamento es de experimentarse en el tabardillo, en la escarlatina, etc., en condiciones semejantes a las descritas.

Concurrieron a la sesión los Dres. Valdés, López Hermosa, Iglesias, Uribe y Troncoso, García Samuel, Gutiérrez Zavala, Licéaga, Monjarás, Peredo, González Urueña, Aragón, Velázquez Uriarte, Escalona, Landa, Terrés, Cosío, Cicero, Loaeza, Hurtado, Vértiz, Tapia y Fernández, Icaza, Rojas Loa, Troconis Alcalá y el primer Secretario que suscribe.

*Gonzalo Castañeda.*

---

## **Diagnóstico diferencial entre las granulaciones tracomatosas y las proliferaciones palpebrales del catarro de primavera.**

Tracoma y catarro de primavera son dos afecciones de la conjuntiva que tienen de común el producir proliferaciones en la mucosa palpebral, y por este motivo se confunden a veces. Es, sin embargo, de mucho interés el distinguirlas, no solamente porque sus causas y consecuencias son bien diferentes, sino porque el tratamiento que conviene a alguna de ellas no puede ser el que deba emplearse para combatir la otra. Los medios con que se trata el catarro de primavera serían totalmente ineficaces para curar el tracoma, y los que se usan contra esta última afección dañarían al ojo afectado de conjuntivitis vernal.

El catarro de primavera afecta, o bien la conjuntiva del bulbo (Periqueratoconjuntivitis exuberante del Dr. Carmona y Valle), o bien la mucosa palpebral, o ambas a la vez. La única forma de catarro primaveral que se puede confundir con el tracoma es aquella en la que, a semejanza de lo que acontece en esta última enfermedad, existen vegetaciones en la mucosa del párpado; pero solamente es posible la confusión cuando no coexisten con esas producciones los rodetes periqueráticos o el pannus tracomatoso, o bien algún otro signo peculiar, ya sea al tracoma o a la conjuntivitis de primavera.

Voy a procurar hacer resaltar las diferencias que hay entre las producciones del tracoma y las de la conjuntivitis vernal, y que nos permiten distinguir las clínicamente, y también haré notar sus diferencias de estructura anatómica.

Las granulaciones tracomatosas se desarrollan principalmente en el fondo de saco conjuntival superior; son redondeadas, grises, translúcidas; se ha comparado su aspecto al de hueva de rana o a granos de sagú, cocidos. También se desarrollan las granulaciones en la conjuntiva tarsal, estando acompañadas allí de elevaciones papilares de la conjuntiva.

En el catarro de primavera, las producciones de la mucosa palpebral son mucho más anchas, más duras y más pálidas que en el tracoma; son aplanadas y en conjunto semejan un empedrado desigual. Un ligero velo blanco azulado las cubre (como si sobre la conjuntiva se hubiese derramado una ligera capa de leche. (Fuchs). Las elevaciones en forma de empedrado irregular, están situadas principalmente en la conjuntiva tarsal, mientras que el fondo de saco superior no presenta desigualdades. (Axenfeld, "Lehrbuch der Augenheilkunde." Tercera edición. Pág. 341).

Otro carácter distintivo es que en el catarro de primavera se encuentran en la secreción células eosinófilas en abundancia, tan a menudo como en un esputo asmático. La secreción en el catarro primaveral es eosinófila; en el tracoma consiste principalmente en leucocitos polinucleares (de núcleo lobulado). (Axenfeld. Pág. 341).

Maggi ha usado para el examen de la secreción eosinófila de la conjuntivitis vernal, el siguiente procedimiento: la secreción que se ha colectado con una asa de platino, se extiende en una lámina de vidrio y se colora con una solución acuosa, muy diluída, de eosina. Se lava la lámina durante 20 minutos en agua destilada y se sumerge durante algunos instantes en una solución de azul de metileno. Maggi siempre encontró células eosinófilas en la secreción conjuntival. ("Archivio di Oftalmologia, analizados en Anales de Oftalmología." Tom. XVI, núm. 2).

Las diferencias indicadas bastarían para diferenciar las granulaciones tracomatosas de las vegetaciones del catarro de primavera; pero será raro no encontrar alguna otra diferencia, aunque sea esbozada, en el ojo mismo. En caso de tracoma, cuando la córnea se afecta, es invadida por el pannus, y en caso de catarro primaveral, son las mismas elevaciones bulbares periqueráticas las que se extienden al tejido corneal; el aspecto de las alteraciones es muy diferente en ambos casos. También hay que notar en algunos casos de catarro primaveral, en la córnea, una línea blanquiza concéntrica al limbo, que tiene en la córnea la forma de arco, semejante al arco senil. Además, aclararán el diagnóstico los antecedentes, el curso de la enfermedad; en Europa, durante la estación cálida, los síntomas se exacerban; en el invierno decrece su intensidad y aun pueden desaparecer. En México, sin embargo, no acontece lo propio, debido a que aquí las estaciones están menos diferenciadas.

La edad del enfermo es en algunos casos importante elemento de diagnóstico. La conjuntivitis de primavera es rara después de los veinte años. El tracoma es de todas las edades.

Si diferentes son en su aspecto las producciones palpebrales del tracoma de las del catarro de primavera, diversa es también su estructura anatómica.

Según Fuchs ("Manual de Oftalmología," tercera edición inglesa), hay que considerar en el tracoma la hipertrofia papilar de la conjuntiva del párpado y

la granulación tracomatosa. Las papilas son producto del aumento en superficie de la conjuntiva hipertrofiada, la que forma pliegues entre los que hay surcos. El tejido conectivo que forma la papila está impregnado de celdillas redondas. La superficie de la papila está cubierta por epitelio muy engrosado que se continúa entre las depresiones que hay entre las papilas. La hipertrofia papilar no tiene nada de peculiar al tracoma; existe aun en el simple catarro crónico de la conjuntiva.

De una vez podemos adelantar que, según Fuchs, las proliferaciones palpebrales que se encuentran en el catarro de primavera, no son otra cosa que las papilas de que estamos hablando, solamente que en el padecimiento citado, estas papilas son más anchas y aplastadas.

La granulación sí es peculiar del tracoma. Está constituida por una trama delicada de tejido conectivo y por aglomeración celular. En la porción marginal son linfocitos; en el interior predominan los leucocitos mononucleares (células epiteliales, entre las cuales hay unas cuantas celdillas grandes fagocitarias que contienen en su protoplasma pequeños cuerpos que se tiñen intensamente). La granulación tracomatosa, o bien pasa sin línea de demarcación bien definida, al tejido que la rodea, el que también es muy rico en células, o bien está envuelta por una cápsula incompleta de tejido conectivo.

Axenfeld (op. cit.), al hacer la descripción de la estructura de las alteraciones tracomatosas, hace notar que en el tejido adenoideo de la mucosa aumentan los elementos linfáticos a la vez que hay hiperemia e infiltración vascular. Las pequeñas papilas de la conjuntiva tarsiana se hinchan en el fórnix, principalmente en el superior. La mucosa hace saliente en forma de pliegues transversos. Los folículos tracomatosos se encuentran de preferencia en las papilas hinchadas y en los pliegues; son de dimensiones variadas y pertenecen en su mayor parte a celdillas linfáticas mononucleares, las que en la periferia de los folículos semejan linfocitos o plasmazellen, mientras que en el centro, como lugar de mayor proliferación, revisten formas de celdillas de un solo núcleo, más claras y más gruesas. Solamente existen aislados elementos de tejido conjuntivo; la substancia fundamental de los folículos es muy escasa. Son también peculiares de los folículos, unas grandes células fagocitarias con inclusiones nucleares fuertemente teñidas. Los núcleos viejos se rodean de celdillas plasmáticas. El límite de la zona infiltrada no es neto en los folículos tracomatosos recientes.

El epitelio de la conjuntiva, el que toca inmediatamente la cima del folículo, está de diversos modos difusamente engrosado, en otros lugares está descamado e infiltrado de leucocitos. Los hundimientos entre los folículos no pocas veces se desarrollan en forma de tubos glandulares (los llamados glándulas del tracoma).

En cuanto a las producciones polipoides del catarro de primavera que forman en la conjuntiva palpebral una especie de empedrado toseco, Axenfeld las considera como proliferación del estroma conjuntival. Desde los primeros períodos hay infiltración y esclerosis del tejido conjuntivo, principalmente subepitelial, la que es causa posteriormente del color blanquiceo de la vegetación en el párpado superior y del color blanquiceo difuso en el inferior, contribuyendo también a esto el engrosamiento del epitelio.

En los casos graves esta esclerosis homogénea afecta a toda la conjuntiva, aun el fondo de saco y el pliegue semilunar; pero en la conjuntiva palpebral superior y en el limbo, el proceso produce elevaciones, mientras que en el resto

solamente es causa de una alteración difusa. Hay hiperemia y formación de delicados vasos subepiteliales. La infiltración en el momento de la exacerbación, muestra principalmente celdillas plasmáticas y eosinófilas.

Como se ve, es posible diferenciar el tracoma del catarro de primavera por el aspecto clínico de las elevaciones que en ambas afecciones se producen en la mucosa palpebral y se distinguen, además, por su diferente estructura anatómica. Sin embargo, según Meyerhof, existe una mezcla de tracoma y catarro primaveral que hace muy difícil el diagnóstico de este último. ("Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde." Junio de 1912).

Las inclusiones de Halberstädter y Prowazek no nos pueden servir de medio de diagnóstico diferencial entre las dos afecciones, por no ser especiales del tracoma; para no referirme sino a enfermedades oculares, diré que son la causa de una forma de conjuntivitis purulenta de los niños, que por este motivo se llama de inclusiones. Botteri ha encontrado inclusiones y corpúsculos, en todo parecidos a los del tracoma, en el catarro de primavera. ("Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde." Loc. cit.).

México, enero 7 de 1914.

A. Chacón.

### **Breves consideraciones acerca de la fisonomía sintomática, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las formas generalizadas de la Infección puerperal.**

SEÑORES ACADÉMICOS:

Varias veces he tenido el honor de ocupar vuestra benévola atención trayendo a vuestra consideración algunas memorias sobre asuntos referentes a las infecciones puerperales, en las que he estudiado la etiología y patogenia, la importancia de la desinfección del canal genital en la profilaxis de dichas infecciones, el valor de la sueroterapia en el tratamiento y las indicaciones de la histerectomía como método curativo de tan justamente temida complicación del puerperio, que tantas vidas ha segado y tantas madres ha arrebatado a sus hogares.

Hoy vengo a traer nuevamente a vuestro ilustrado y siempre recto criterio algunas consideraciones acerca de la fisonomía sintomática, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las formas generalizadas de la infección de las mujeres recién paridas.

Empezaré por recordar que si la afección puerperal generalmente limita su ataque al perineo, vulva o vagina, con no rara frecuencia extiende su invasión a la matriz, de donde suele, especialmente cuando no es reconocida y tratada con oportunidad y energía, extender su perniciosa influencia a las trompas, al parametrio, más excepcionalmente hasta el peritoneo, y aun llegar a generalizarse penetrando los microorganismos sépticos y sus toxinas al torrente circulatorio y distribuyéndose en seguida a todo el organismo por la vía venosa.

A nuestra observación, la infección durante el puerperio se presenta bajo tres formas: localizada, propagada y generalizada. La primera comprende la infección de la región vulvo-perineal, de la vagina o del útero; la segunda, la infección de las trompas, del parametrio y del peritoneo, y la tercera, o forma generalizada, que comprende la septicemia y la pioemia. Es el estudio de las formas generalizadas que me servirá como lectura de reglamento.

*Septicemia.*—Esta variedad de la infección puerperal suele iniciarse algunas