

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LVIII

MEXICO, MAYO DE 1927

Núm. 5.

Complicaciones Corneales de la Periquerato-conjuntivitis Exuberante (*)

POR EL DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ

En todos los Tratados de Oftalmología, al hablar del pronóstico de la conjuntivitis primaveral, como generalmente es designada en Europa y Estados Unidos la enfermedad magistralmente descrita por nuestro sabio Dr. Manual Carmona y Valle con el nombre de periquerato-conjuntivitis exuberante (y a la cual más, bien pudiera aplicarse, por razones que indicaré al fin de este trabajo, el de conjuntivitis vegetante estacional), en todos los Tratados de Oftalmología, repito, señálase la benignidad de la afección, ya que no causa, se dice, serias lesiones de la córnea que trajeran una disminución de la agudeza visual.

The American Encyclopedia of Ophthalmology, en la página 3174, afirma que: «El pronóstico es favorable en el sentido que la enfermedad no causa serias lesiones de la córnea. Es enfermedad de larga duración y puede recrudecerse cada estío por muchos años. La variedad bulbar ofrece un pronóstico más favorable que el tipo tarsal». Ya veremos si la afirmación contenida en este último párrafo se ve apoyada por los hechos.

La Encyclopedie Française d'Ophthalmologie, tomo V., enseña que: «Aunque el tratamiento tenga poca eficacia, el pronóstico es siempre

(*) Trabajo reglamentario presentado a la Academia Nacional de Medicina, de México, Noviembre de 1926.

greso Médico Nacional Mexicano (Puebla, 1918, y que también fue publicado en American Journal of Ophthalmology, v. 2, núm. 4 (1919) y Revista Cubana de Oftalmología, v. II, núms. 1 y 2 (1920). El segundo caso fue observado por mí en 1922 y permanece inédito. Ofrecen ambos casos una semejanza sorprendente; en los dos casos la forma de la conjuntivitis vegetante era mixta, es decir, tanto bulbar como tarsal; en los dos, la vegetación existía en un solo ojo, era del tamaño de un medio chícharo y cabalgaba sobre el limbo, extendiéndose más del lado corneal; en los dos, la vegetación hemisférica presentaba límites precisos del lado corneal, mientras que del lado conjuntival se continuaba insensiblemente con la exuberancia conjuntival; en los dos, la vegetación ocupaba el lado interno o nasal; en los dos, esa vegetación fue extirpada varias veces y varias veces reincidió; en los dos, por último, la curación fue obtenida por mí, después de una postrera extirpación, con el auxilio de los rayos X.

El primer caso a que me he venido refiriendo, se presentó en un jovencito de 13 años; la vegetación fue cuidadosamente extirpada, antes que yo lo observara, por notables oculistas, entre ellos el eminente cirujano Dr. Fernando López, de México, y siempre había reincidido, lo que me sugirió la idea de recurrir a la radioterapia, que, repito, me dió un éxito completo después de sólo cuatro aplicaciones, con intervalos de quince días, aunque después se hicieron algunas otras aplicaciones muy distanciadas, por temor de que sobreviniera una reincidencia del tumor. He tenido oportunidad de seguir observando a mi enfermo por espacio de quince años y no solamente no se ha presentado ninguna reincidencia, sino que, al desaparecer todas las otras lesiones conjuntivales de la periquerato-conjuntivitis exuberante, la córnea ha recobrado casi por completo su aspecto y transparencia normales en el sitio donde estuvo el tumor, quedando únicamente una cicatriz blanquecina lineal, huella de una de las extirpaciones practicadas con galvanocauterío.

El segundo caso lo observé en una señora de 25 años, cuya fotografía, que acompaño, muestra claramente la existencia de las vegetaciones tarsales y la presencia de la enorme vegetación corneal del ojo derecho. En esta enferma, cuya periquerato-conjuntivitis databa de algunos años, la vegetación llevaba ya tres años, habiendo sufrido dos reincidencias, después de la extirpación, hasta que la última, que practiqué, fue seguida de la aplicación de rayos X. La curación se mantiene desde hace cuatro años.

Debo consignar que la implantación sesil del tumor se hacía sólidamente a las láminas corneales y que la extirpación nunca pudo ser completa en ninguno de los dos casos, por lo que juzgué necesaria la intervención de los rayos X.

Además, la consistencia de la vegetación era muy grande, cartilaginosa,

semejante a la consistencia de las exuberancias conjuntivales, tanto las perilímbicas como las tarsales.

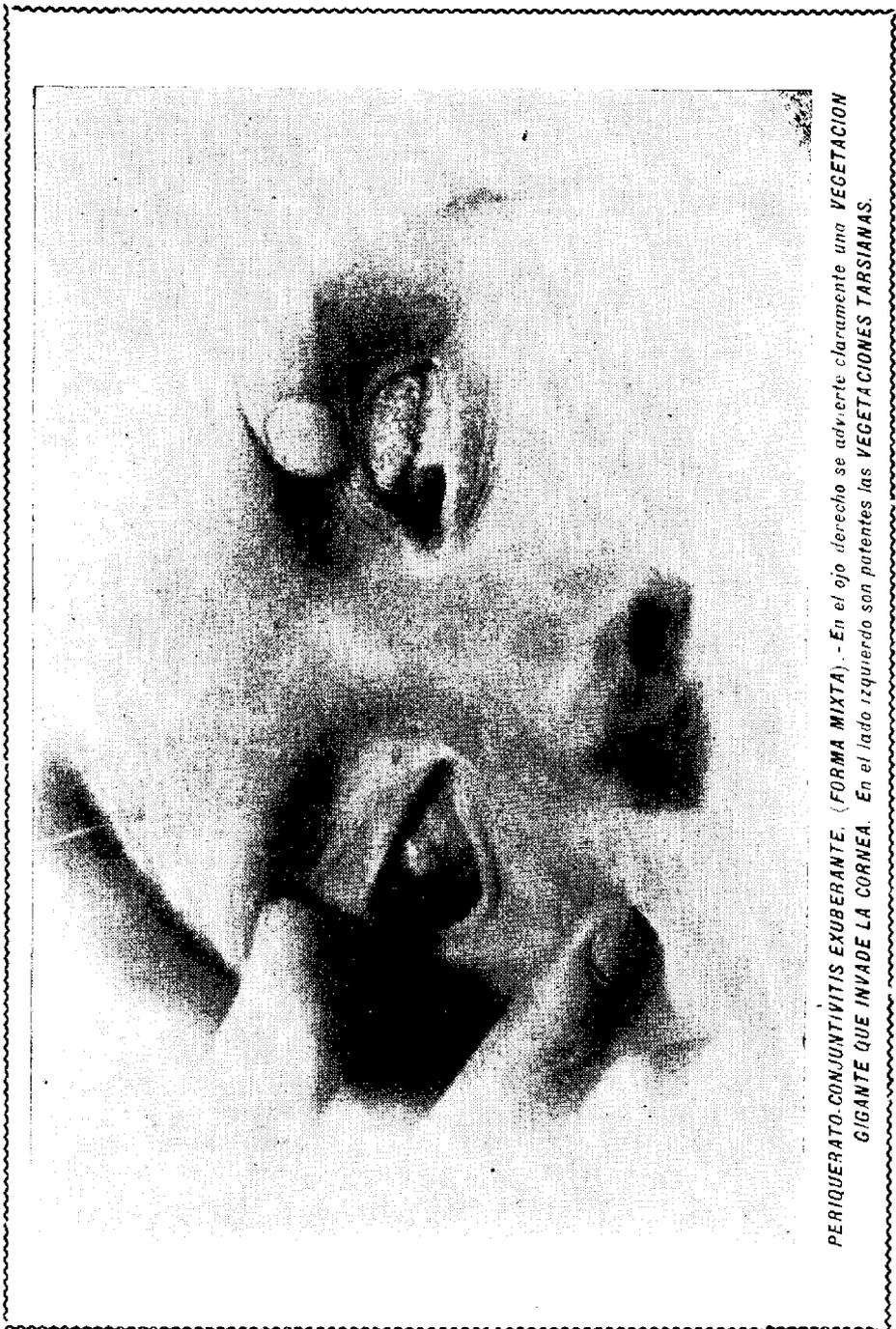
b).—EXTENSION SOBRE LAS CAPAS SUPERFICIALES DE LA CÓRNEA DE LAS LESIONES GELATINIFORMES DEL LIMBO.

Nuestro sabio compatriota, el eminente oculista Dr. Manuel Uribe y Troncoso, llamó la atención, desde 1902, en una Comunicación a la Sociedad Oftalmológica Mexicana, sobre uno de los signos más precoces, más constantes y más persistentes de la periquerato-conjuntivitis exuberante: la limbitis. Con este nombre apropiado designa particulares alteraciones de la conjuntiva al nivel del limbo, esa delgada faja de la conjuntiva que avanza sobre la córnea y la engasta como un marco engasta un vidrio de reloj. Las alteraciones consisten en una infiltración de aspecto gelatinoso, de color gris azulado, generalmente limitada a la parte superior, pero que puede extenderse más o menos en derredor de la córnea o excepcionalmente ocupar únicamente las partes del limbo que la abertura palpebral deja a descubierto. Esa infiltración gelatinosa del limbo se pierde insensiblemente del lado de la conjuntiva, mientras que del lado corneal queda bien limitada, elevándose un poco sobre la superficie de la membrana transparente.

Ahora bien, yo he observado casos en que la infiltración gelatinosa del limbo no queda limitada, sino que avanza sobre la córnea haciéndola perder su transparencia en toda la parte invadida.

Señalaré únicamente tres casos, en cada uno de los cuales la extensión invadida de la córnea era diferente:

Primer caso.—INVASIÓN DE CASI TODA LA SUPERFICIE CORNEAL POR LAS LESIONES GELATINIFORMES, QUEDANDO LIBRE ÚNICAMENTE EL ÁREA PUPILAR.—Señorita de 30 años que desde su infancia padecía la periquerato-conjuntivitis exuberante, forma bulbar, y que, al consultarme por primera vez, ofrecía este aspecto: en ambos ojos existían engrosamientos conjuntivales, cerca del limbo, en la parte de la conjuntiva que dejan a descubierto los párpados; la limbitis casi rodeaba la córnea y, en lugar de quedar limitada al lado de la membrana transparente, se extendía sobre la superficie de ésta como si fuera una delgada capa gris gelatinosa; un examen cuidadoso con la lente binocular descubría la absoluta carencia de vasos, los que se detenían al nivel del limbo. Esto no es de extrañar si se recuerdan los datos suministrados por el examen microscópico en el ojo vivo; según Gallemaerst y Kleefeld de Bruselas, con débil aumento se ve en el limbo una masa vítrea que sigue una línea ondulosa y presenta numerosas elevaciones, todo independiente del tejido corneal; con fuerte aumento, la masa vítrea presenta en su borde externo, vasos conjuntivales y episclerales muy turgentes y ramificándose de dos maneras: unas



PERIQUERATO-CONJUNTIVITIS EXUBERANTE. (FORMA MIXTA). - En el ojo derecho se advierte claramente una VEGETACION GIGANTE QUE INVADE LA CORNEA. En el lado izquierdo son patentes las VEGETACIONES TARSIANAS.

ramas corren paralelamente a la superficie, otras perpendicularmente a ella y terminan en una dilatación ampuliforme, la que tal vez es la que da el aspecto de manchas sanguíneas, descritas por algunos autores; en su borde interno o corneal, la masa vítrea contiene una sucesión de arcos vasculares extremadamente anchos, algunos de los cuales dan finos capilares que presentan la curiosa particularidad de contener todos sangre. Esta doble circunstancia de terminar los vasos en arcadas de concavidad vuelta hacia la córnea y de no contener sangre muchos de los capilares que de esas arcadas parten, nos dan la explicación de por qué el examen a la lente no descubrió vasos en toda la infiltración superficial gelatiniforme de la córnea. Por lo demás, la ausencia de vasos nos proporciona un magnífico signo diferencial entre el pannus tracomatoso y la infiltración gelatiniforme de la córnea que estudiamos.

No olvidaré señalar los buenos resultados que obtuve en la enferma, por medio de una peritomía practicada en ambos ojos; la infiltración gelatiniforme disminuyó y mejoró la agudeza visual al quedar más libre el área pupilar.

Segundo caso. — INFILTRACION GELATINIFORME SUPERFICIAL DE LA Córnea, EN EL CUADRANTE ÍNFERO-INTERNO. — Jovenito de 14 años, afectado desde los cuatro o cinco de la forma bulbar de la conjuntivitis cuyas complicaciones corneales vengo estudiando. La intensidad de la limbitis era tal, que en derredor de ambas córneas se presentaba bajo la forma de una masa gelatinosa bastante gruesa, bien limitada del lado corneal en el ojo izquierdo, pero salvando en el derecho los límites del limbo e invadiendo la córnea en una buena extensión del sector infero-interno. En este enfermo la infiltración de las capas superficiales de la córnea elevaba el nivel de la superficie invadida, en relación a la parte sana de la membrana. También es de anotarse en este caso la ausencia de vasos — a lo menos de vasos observables con la lente binocular — en toda la extensión infiltrada de la córnea.

Tercer caso. — INTERESANTÍSIMO, AUNQUE LA INFILTRACIÓN CORNEAL SOLO OCUPA UNA DELGADA LENGÜETA — Niña de ocho años de edad que padece la forma bulbar pura de la periquerato-conjuntivitis exuberante, con gruesos botones conjuntivales a uno y otro lado del diámetro horizontal de la córnea; en la parte superior presenta un arco de marcada limbitis, de la parte media del cual avanza hacia el centro de la córnea una delgada zona infiltrada, como de dos milímetros de anchura y en longitud alcanzando la zona pupilar; la infiltración es subepitelial, pues su superficie es brillante y no se tiñe con la fluoresceína; en su extremidad la lente binocular permite ver la existencia de puntos blanquecinos, enteramente semejantes a los puntos de Trantas, pues presentaron la rápida evolución que ese investigador les señala. En el Bulletin de la Société Française d'Ophtal-

mologie (1907) y en Archives d'Ophthalmologie (dic. de 1905 y oct. de 1911), Trantas describió tales puntos que él considera patognomónicos de la enfermedad: se les encuentra en las lesiones del limbo, en la profundidad sólo son visibles a la lente y tienen una evolución muy rápida, pues la efectúan en una semana, siendo primero blanquecinos, luego grises y por último amarillentos, desapareciendo en seguida, mientras aparecen nuevos puntos en otros lugares. Trantas cree que estos puntos se deben a folículos epiteliales que degeneran y al desaparecer dejan cavidades quísticas o masas amorfas. Al observar únicamente en la extremidad de la delgada zona de infiltración los puntos blanquecinos, me produjeron la impresión de ser ellos factor importante en la propagación hacia el centro de la córnea de esa faja estrecha de infiltración, tal como si salvando el borde interno de la limbitis hubieran invadido las capas subepiteliales de la córnea. Si esto fuera así, los puntos de Trantas tendrían otra significación que las que les da ese observador.

II.—COMPLICACIONES CAUSADAS POR INFILTRACIONES PARENQUIMATOSAS DE LA CORNEA

a).—INFILTRACIÓN PARENQUIMATOSA ARCIFORME, SEMEJANTE AL GEROTONXON.—Fue el Profesor Fuchs quien descubrió primeramente esta complicación corneal de la periquerato-conjuntivitis exuberante. En la primera edición de su Tratado de enfermedades de ojos. (Edición española, Madrid, 1893), en la página 119, se lee: «paralelamente al borde de la nudosidad se ve en la córnea una estría delgada y gris, análoga al arco senil y que está separada de aquel borde por un delgado festón de córnea transparente».

Esta complicación no es frecuente y aun llegó a decir el Dr. M. Uribe Troncoso, en el seno de la Sociedad Oftalmológica Mexicana (sesión del 3 de julio de 1902. Anales de Oftalmología, Tomo V.), que él nunca había observado en México esa infiltración. Yo he tenido oportunidad de observarla en cinco enfermos, porcentaje muy débil, como lo indicaré después, en relación al número total de periquerato-conjuntivíticos que han concurrido a mi clínica particular. En mis enfermos, en dos ocasiones la infiltración arciforme ha ocupado el sitio descrito por Fuchs, es decir, paralelamente al borde de las gruesas exuberancias conjuntivales que ocupan el lugar de elección, o sea a uno y otro lado de la córnea, en las partes que deja a descubierto la abertura palpebral. En los otros tres casos la delgada estría, de color amarillento, ocupaba la parte superior, paralelamente a la limbitis, y separada del borde corneal de ésta por una delgada faja de un milímetro de anchura de córnea transparente: la estría de infiltración for-

maba un arco como de un tercio de circunferencia corneana. En cuanto al color de la estria va cambiando; he tenido oportunidad de observar por años algunos de estos enfermos y he notado que, mientras en los primeros tiempos la estria arciforme es amarillenta, después va tornándose grisácea y, por último, cuando lleva muchos años de evolución, se vuelve completamente blanca, y así la he visto, en un enfermo persistir años, cuando ya toda lesión de la conjuntiva bulbar había desaparecido, haciéndome esto pensar que esa coloración se debe a que las lesiones corneales ya han cicatrizado.

Pero no son únicamente los cambios de coloración las modificaciones que puede presentar la estria arciforme de infiltración parenquimatosa de la córnea; tuve oportunidad de observar otras modificaciones mucho más importantes en un niño, cuya historia presenté a la Sociedad Oftalmológica Mexicana en 1902. En ese niño, de cinco años de edad y que apenas llevaba uno de padecer la forma mixta de la periquerato-conjuntivitis, la infiltración corneal apareció precozmente en uno de los ojos y, en pocos meses, uno de los extremos del arco de infiltración se ulceró y al través de la ulceración de bordes anfractuosos y de unos dos milímetros de diámetro hizo hernia un hongo amarillento, de aspecto caseoso y muy adherente; ni la ulceración corneal, ni la masa caseosa sufrían la influencia de las estaciones, aunque durante el invierno hubiera remisión en las demás lesiones conjuntivales, y sólo después de tres años, cuando la conjuntivitis vegetante había casi cedido, cicatrizó la ulceración corneal, quedando en su lugar una cicatriz blanca circular que se continuaba con la estria blanca, resto cicatricial, según creo, de la antigua infiltración arciforme.

Desde la época, ya lejana, en que presenté la anterior observación a la Sociedad Oftalmológica Mexicana, pensé y sigo pensando lo mismo todavía, que la ulceración de uno de los extremos del arco de infiltración y la salida por ella de una substancia caseiforme amarillenta muy adherente, alejan la idea de que el arco se deba a una degeneración de la córnea originada por los cambios y perturbaciones que en la nutrición de esa membrana transparente tienen sin duda que producir las lesiones límbicas, y hacen más bien pensar que el arco semejante al gerontoxon se debe a una infiltración celular que, al proliferar las células, puede llegar hasta la destrucción de las capas superficiales de la membrana y aun —como pasó en mi enfermo— hacer hernia por la ulceración. Parece que dan apoyo a esta hipótesis las investigaciones histológicas: los Dres. Toussaint y Cicero, en fragmentos de conjuntiva bulbar, encontraron alteración de las células epiteliales, que se tumefactan en su protoplasma y en su núcleo, y presencia de elementos anormales formados por granulaciones pigmentarias y células emigrantes. (Anales de Oftalmología, T. IV., núm. 7. 1902), el Dr.

V. Morax (Pathologie Oculaire, París, 1921), dice que en las lesiones del limbo predomina la alteración del corion: «el tejido conjuntivo se encuentra en estado de infiltración, de proliferación y de degeneración parcial», «las células de infiltración consisten sobre todo en linfocitos, en células plasmáticas y en células eosinófilas» las células de infiltración del limbo pueden emigrar, creo yo, hacia la córnea, infiltrarse entre sus láminas y formar frente a las alteraciones límbicas la estría arciforme semejante al gerontoxon. Por lo demás, la infiltración sólo sería la primera etapa de la evolución del arco, pudiendo, más tarde, degenerar y aún producir serios cambios en la parte afectada de la córnea, según lo permite presumir la observación que relato en el párrafo siguiente.

b).—**DISTROFIA MARGINAL DE LA CORNEA.**—Frente a una gruesa exuberancia de la conjuntiva bulbar, paralelamente al borde interno de la infiltración gelatiniforme del limbo, y en el sitio correspondiente entre las II y las IV horas del reloj, he observado en una enferma de 30 años, que llevaba más de diez años de padecer la forma bulbar de la periquerato-conjuntivitis exuberante, una depresión transparente de la córnea, como de dos milímetros de anchura y unos cinco o seis de longitud, cubierta de epitelio —pues no se teñía por la fluoresceína—, y completamente anestésica, mientras el resto de la córnea conservaba su sensibilidad. Como el sitio ocupado por esa depresión transparente, en la que ostensiblemente se ve disminuido el espesor de la córnea, es el mismo que he visto ocupado, en otros enfermos, por la infiltración arciforme semejante al gerontoxon, no creo aventurado suponer que tal depresión es el resultado de la reabsorción de una estría arciforme de infiltración corneal. Desgraciadamente no observé a la enferma antes de que se formara la depresión, lo que habría dado mucha luz en lo referente a la evolución de estas depresiones corneales, pero sí será posible continuar por años la observación de la enferma para ver si la depresión permanece estacionaria o debilitada en ese punto la resistencia corneana— esa zona se vuelve ectásica, como permite suponer que sucederá la semejanza que tiene este caso con los descritos primeramente por Terrien con el nombre que encabeza este párrafo.

Se recordará que Terrien describió su primer caso en 1900 (Archives d'Ophthalmologie) y su segundo en 1921, en la misma revista; otros observadores han encontrado casos que encuadran en la descripción de Terrien y yo mismo he descrito el de un enfermo que he observado durante más de diez años. En todos ellos se encuentra, paralelamente al limbo y colocada en cualquier cuadrante, una faja de córnea, transparente e insensible y cubierta por el epitelio, faja en forma de arco, que primitivamente está deprimida —como lo observé claramente en mi enfermo— y posteriormente ectásica y abollada, cambiando notablemente la refracción del ojo afectado.

Los autores alemanes admiten que la enfermedad siempre empieza por una faja arciforme deprimida, en surco, mientras Terrien cree que desde el principio aparece la ectasia de la córnea en la parte afectada. Como yo lo hice observar en mi trabajo, «Un caso de la distrofia marginal ectásica de la córnea». (Memoria del VII Congreso Médico Nacional Mexicano, celebrado en Saltillo, Coahuila, 1922) no repugna admitir que la depresión observada por Fuchs y los autores alemanes, es la primera etapa y la ectasia descrita por Terrien, la segunda etapa de la misma afección.

Si bien contradicho por Terrien, quien se apoya en los hechos clínicos, Fuchs admite cierta relación entre el arco senil y la distrofia marginal de la córnea; aunque mi observación personal y las de otros muchos autores inclinan el ánimo en favor de la opinión de Terrien —pues los enfermos han sido jóvenes y antes no padecían nada semejante al arco senil— la curiosa complicación de la periquerato-conjuntivitis que estudio en este párrafo, hace suponer que alguna vez la distrofia marginal de la córnea resulta de la reabsorción de una de esas estrías de infiltración semejantes al gerontoxon.

III.—COMPLICACIONES CAUSADAS POR CAMBIOS EN LA CURVATURA DE LA CORNEA

a).—ASTIGMATISMO IRREGULAR.—Esta es la más frecuente de las complicaciones corneales de la periquerato-conjuntivitis exuberante y tanto que al dar el pronóstico a mis enfermos de esa curiosa afección, sobre todo si el caso se prolonga, siempre les advierto la posibilidad de llegar a necesitar más tarde portar lentes. Mis primeras observaciones datan de más de veinte años —según puede verse en la bibliografía que va inserta al fin— y, desde entonces, cada año, nuevos casos clínicos vienen a demostrarme que enfermos primitivamente emétopes—según yo mismo lo había comprobado—, adquieren después un astigmatismo más o menos irregular y que, en los casos poco acentuados, que son los más, puede ser corregido por los cristales cilíndricos.

Por regla general el astigmatismo es miópico, lo que fácilmente se explica; pero no faltan casos en que ese astigmatismo es hipertrópico, lo que se observa en individuos que eran ya hipermétropes y que, al volverse miopes algunos meridianos de la córnea, sólo disminuye en esos meridianos la fuerza de la hipermetropía, quedando por tal motivo hipertrópico el astigmatismo resultante.

¿Cuáles son los factores que intervienen en la producción del astigmatismo en los enfermos de la conjuntivitis primaveral? A mi modo de ver son de dos órdenes: mecánicos y nutritivos. El factor mecánico está re-

presentado por las presiones que los enfermos se hacen, sobre las córneas, al pretender calmar las intensas comezones que la enfermedad produce invariablemente. El factor nutritivo resulta de las modificaciones o, mejor dicho, de las perturbaciones que producen en la nutrición de la membrana transparente las lesiones del limbo, que duran años. Y tanto más eficaces son estos factores cuanto actúan en córneas de niños, en vías de evolución.

Muy frecuentemente el astigmatismo sigue una marcha progresiva, aumentando de año en año y llegando hasta producir la terrible complicación que estudio en el siguiente párrafo.

b).—**QUERATOCONO.**—El primer caso de queratocono que observé en una enferma de periquerato-conjuntivitis exuberante, enferma que dos años antes había encontrado yo emétrope y completamente libre de todo cambio en la esférica de la córnea, lo atribuí con temor de equivocarme a la conjuntivitis estacional (véase la bibliografía, comunicación al V. Congreso Médico Nacional, Puebla, 1918). El segundo caso (publicado en *American Journal of Ophthalmology*, v. III, y en *Revista Cubana de Oftalmología*, t. II, 1920), ya vino a darme una prueba más de que había estado en lo justo al atribuir a la periquerato-conjuntivitis importante papel en el desarrollo de la córnea cónica: este segundo caso se refería a una niña de 10 años que yo atendía de una conjuntivitis primaveral desde que ella tenía cinco años y cuya refracción siempre había sido emétrope hasta entonces, hacía un año que habían desaparecido las lesiones límbicas y periqueráticas, cuando empezó a quejarse de disminución de la vista. un examen me demostró la existencia de queratocono en el ojo izquierdo y de astigmatismo irregular en el derecho.

Después he observado otros dos casos que permanecen inéditos aún: en ambos la forma de la periquerato-conjuntivitis es la bulbar al igual que en los dos casos anteriores, en ambos, también como en los otros, la afección había durado años; en ambos había yo comprobado muchas veces la emetropía, y en ambos, por último, la enfermedad es unilateral, mientras el otro ojo presenta un astigmatismo miópico irregular, que muy poco mejoran los cristales correctores. Los dos enfermos son varones; uno tiene quince años y el otro diez y seis.

Ya no puedo dudar de la influencia inequívoca de las lesiones límbicas y pericorneales de la conjuntivitis primaveral en la producción del queratocono; tanto caso ya no puede ser atribuido a simple coincidencia. A mayor abundamiento, la estadística viene a robustecer la convicción de que la periquerato-conjuntivitis exuberante, perturbando la nutrición de la córnea y por esa perturbación debilitando su resistencia, culmina, en algunos enfermos desafortunados, en la producción del terrible queratocono.

Véamos los datos de la estadística: por mi observación han pasado 65,000 enfermos de los ojos y, entre ellos, sólo quince han padecido queratocono, es decir, una proporción mínima de uno por cuatro mil trescientos treinta y cuatro enfermos, advirtiendo que en aquellos quince están incluidos los cuatro que vengo estudiando. Ahora bien, el número de enfermos de conjuntivitis primaveral que he observado es de 91 (que de ellos sólo conservo historias clínicas completas), y en ese reducido número he observado los cuatro casos que he referido, lo que da el elevadísimo porcentaje de 4.4%: casi cinco por ciento. Creo que estos porcentajes son demasiado elocuentes para convencer al más escéptico de que la forma bulbar de la periquerato-conjuntivitis exuberante sobre todo si se prolonga por muchos años, expone al queratocono.

Cuando en un enfermo de conjuntivitis primaveral, primitivamente emétrope, vemos que se desarrolla un astigmatismo irregular y pronunciado, ya podemos temer que aparezca el queratocono.

No quiero olvidar este hecho importantísimo: en uno de mis enfermos (segunda observación), la enfermedad conjuntival ya había desaparecido, y en otro (el último observado), apenas era reconocible cuando el queratocono empezó a hacerse ostensible. Si yo no hubiera atendido por años a esos enfermos, siéndome perfectamente conocida su periquerato-conjuntivitis exuberante, lo más probable es que me hubiera pasado inadvertida la influencia etiológica de la afección conjuntival sobre la profunda deformación corneal. La oportunidad que he tenido de observar durante muchos años a numerosos enfermos, me ha permitido encontrar relaciones etiológicas que pueden pasar inadvertidas a los oculistas que sólo ven durante un tiempo reducido a los enfermos.

Creo que obraremos cuerdamente si en cada caso de queratocono investigamos con cuidado si anteriormente no hubo catarro de primavera, pues entre mis quince enfermos de córnea cónica, cuatro habían padecido esa interesentísima afección conjuntival, es decir, más del 25%.

FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES CORNEALES EN LA PERIQUERATO-CONJUNTIVITIS EXUBERANTE

Entre los 91 casos que tengo bien estudiados, he visto:

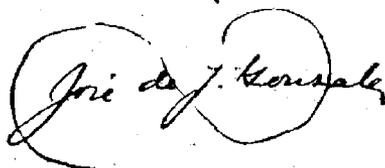
Vegetación gigante de la córnea.....	2 casos
Invasión gelatiniforme de las capas superficiales.....	4 id.
Estria arciforme semejante al gerontoxon.....	5 id.
Distrofia marginal de la córnea.....	1 id.
Astigmatismo más o menos irregular.....	12 id.
Queratocopo.....	4 id.

Total 28 casos

Como se ve, hay un porcentaje muy elevado de complicaciones: 30%.

El NOMBRE DE LA ENFERMEDAD.—Para nosotros, los oculistas mexicanos, tiene el nombre de la enfermedad, impuesto por el eminente Dr. Manuel Carmona y Valle, mucho de venerable: primeramente por el recuerdo del maestro; en segundo lugar, y es lo más importante, ese nombre periquerato-conjuntivitis exuberante es toda una descripción de la forma bulbar y marcó un progreso sobre el nombre aún generalizado y poco exacto de catarro primaveral. Creo, sin embargo, que debemos adoptar un nombre que abarque también la forma tarsal, aunque en la ignorancia en que aún estamos acerca de la verdadera naturaleza de la enfermedad ese nombre tiene que brotar exclusivamente de la clínica. Dos son los caracteres predominantes: la existencia de vegetaciones y la evolución por remisiones invernales y exacerbaciones durante los meses más calurosos del año. En nuestros climas templados, en que las estaciones no están bien limitadas, la remisión invernal es menos acentuada mientras que la exacerbación no sólo es primaveral, sino más bien estival. Por estas razones pondría —sin faltar por ello a la memoria del maestro— este u otro nombre semejante: **CONJUNTIVITIS VEGETANTE ESTACIONAL**.

León, Gto., noviembre de 1926.



Bibliografía del autor sobre Periquerato-conjuntivitis

Infiltraciones corneales en el curso de la periquerato-conjuntivitis exuberante.—Comunicación a la Sociedad Oftalmológica Mexicana. Anales de Oftalmología, Tomo V.—1902.

La periquerato-conjuntivitis exuberante como causa de ametropía.—Comunicación a la Segunda Reunión Anual de la Soc. Oft. Mex. MEMORIAS y en Anales de Oftalmología, Tomo VII.—1905.

Nuevas observaciones de ametropías consecutivas a la periquerato-conjuntivitis exuberante. Tercera Reunión Anual de la Soc. Oft. Méx. MEMORIAS y en Anales de Oftalmología, Tomo VIII.—1908.

Tres notas sobre periquerato-conjuntivitis exuberante: I. Queratocono consecutivo a esa enfermedad.—II. Los rayos X en la terapéutica de la misma.—III. Vegetación gigante reincidente invadiendo la córnea, curada por los rayos X.—Comunicación a la Sección de Oftalmología del V. Congreso Médico Nacional Mexicano, Puebla.—1918. Memorias del Congreso y en American Journal of Ophthalmology, v. 2. 1919, en Revista Cubana de Oftalmología, Tomo II. 1920, en Anales de la Sociedad de Oftalmología y Oto-rhino-laringología.

Nuevo caso de queratocono consecutivo al catarro de primavera. Revista Cubana de Oftalmología.—Tomo II.—1920 y American Journal of Ophthalmology, v. III.—1920.

Periquerato-conjuntivitis exuberante (estudio clínico).—Comunicación al VII Congreso Médico Nacional, Saltillo, Coah., 1922.—MEMORIAS.

Variaciones en la citología de la secreción de la periquerato-conjuntivitis exuberante, en relación con las estaciones. Investigaciones en curso.

favorable, puesto que las exacerbaciones acaban por cesar y que no hay, s no excepcionalmente, complicaciones capaces de ocasionar una modificación de la visión. Fuchs, sin embargo, añade la Encyclopedie, ha señalado el caso de un muchacho de diez y seis años en quien la lesión gelatiniforme se había propagado a toda la córnea, la que, a pesar de tratamientos enérgicos, quedó opaca de un modo permanente».

Mi experiencia personal me permite diferir de las anteriores afirmaciones, pues he podido observar, como consecuencia de la periquerato-conjuntivitis exuberante, alteraciones corneales de diversa índole que han dañado profundamente la visión de mis enfermos. El desarrollo de un astigmatismo irregular en los casos de larga duración es, sobre todo, frecuentísimo y sobre él he venido llamando la atención desde hace más de 20 años — como puede verse en la bibliografía de mis trabajos personales sobre la materia, inserta al fin de este estudio— aunque hasta la fecha no he logrado que se fije esa atención sobre consecuencia no digo sólo posible, sino demasiado frecuente, repito, de la conjuntivitis vegetante estacional. El queratocono, que tan profundamente hace hajar la agudeza visual, se ha presentado, entre mis enfermos de la mencionada conjuntivitis, en un porcentaje demasiado alto, según lo demostraré en el lugar correspondiente.

Para estudiar con método estas y otras complicaciones corneales que he observado en el curso de la periquerato-conjuntivitis exuberante, las clasificaré en estos grupos:

- I.—Complicaciones causadas por propagación a la córnea de las lesiones conjuntivales. Este grupo puede subdividirse en dos subgrupos:
 - a).—Vegetación gigante reincidente.
 - b).—Extensión sobre las capas superficiales de la córnea de las lesiones gelatiniformes del limbo.
- II.—Complicaciones causadas por infiltraciones parenquimatosas de la córnea. En este grupo encontramos dos aspectos quizá de la misma complicación, que estudiaré así:
 - a).—Infiltración parenquimatosa arciforme, semejante al gerontoxon.
 - b).—Distrofia marginal de la córnea.
- III.—Complicaciones causadas por cambios en la curvatura de la córnea.
 - a).—Astigmatismo irregular.
 - b).—Queratocono.

I.—COMPLICACIONES CAUSADAS POR PROPAGACION A LA CORNEA DE LAS LESIONES CONJUNTIVALES

a).—VEGETACION GIGANTE REINCIDENTE.—El primer caso que observé de esta complicación, en 1911, lo describí en un estudio presentado al V. Cou-