

ALGO SOBRE LA QUERATO-CONJUNTIVITIS LINFÁTICA

por el doctor

MARIANO BAENA RUIZ

Alumno de Pediatría de la Facultad de Medicina de Granada
(Servicio del Prof. Duarte Salcedo)

A la *querato-conjuntivitis linfática* se le ha llamado también flietenular, pustulosa, escrofulosa, eczematosa, etc., según que los autores que la han descrito, se han fijado más en las manifestaciones conjuntivales o en los sujetos afectados. Siendo un proceso patológico tanto de la conjuntiva como de la córnea, teniendo en cuenta la tendencia actual a creer que esta afección está íntimamente relacionada con los estados escrófulotuberculosos y siendo estos procesos patológicos de naturaleza linfática, está justificada la denominación de *querato-conjuntivitis linfática* que se le da en la actualidad por la mayoría de los autores.

La *querato-conjuntivitis linfática* se caracteriza por la presencia de flietas pequeñas localizadas bien sobre la conjuntiva bulbar, sobre el limbo esclerocorneal o sobre la misma córnea.

Esta enfermedad es una de las afecciones oculares más frecuentes, pero se da rara vez en el adulto, y más raramente aún en el viejo. Casi siempre se da en los niños, podemos decir que es la enfermedad ocular típica de la infancia, de aquí que esta afección tenga tanta importancia en Pediatría. Su mayor frecuencia está entre 1 y 15 años; pero dentro de la infancia no se presenta igualmente en todas las edades, donde más se encuentra es en los individuos de quince meses a cuatro años, cosa demostrada por las estadísticas de GOULFIER, MAGGI y CONETONSO.

La etiología de la *conjuntivitis flietenular* ha sido desconocida hasta muy recientemente, en que numerosos trabajos, sobre todo de WEEKERS y MARFAN, parecen que han esclarecido algo este asunto.

Como todas las enfermedades de causa desconocida, ha originado la invención de numerosas hipótesis para explicarla, que han sido fundadas en la observación de la aparición de la enfermedad a la vez que otras afecciones o consecutivamente a ellas, como sucede en la escarlatina, la coqueluche y la rubeola; pero estas enfermedades se consideran más como causas coadyuvantes que como causas eficientes de su aparición. Las más de las veces parece ser primitiva, pero entonces nos remontaremos a los antecedentes del enfermo.

Se han considerado muchas causas como ocasionantes de la *querato-conjuntivitis linfática*. Así:

Se ha señalado la *ptiriasis*, especialmente en la forma de *pediculis capitis*. Como no todos los niños que padecen la enfermedad que nos ocupa son afectados de este parasitismo, esto sólo basta para negar que la *ptiriasis* sea la causa de *conjuntivitis linfática*.

Los cuerpos extraños y los agentes químicos puede producir formaciones nodulares muy parecidas a las flietas, bajo un punto de vista anatómopatológico; pero estos nódulos son lesiones únicas que no recidivan y que desaparecen con el agente extraño que las motivaba, de modo que a los cuerpos extraños y los agentes químicos también los tenemos que desechar como causa de esta enfermedad.

Al impétigo y al eccema también se les ha achacado la causa de la *querato-conjuntivitis flietenular*; pero si bien es verdad que muchos niños son afectados al mismo tiempo de estas enfermedades y del padecimiento ocular de que nos ocupamos, también es cierto que en la mayoría de ellos no suceden las cosas de esta manera. Al estafilococo también se le ha culpado como origen de esta enfermedad. Después de muchos trabajos para descubrir el germen productor, BOUCHERON y DUCLEAUX en 1886, llamaron la atención sobre el estafilococo como causa etiológica de la *querato-conjuntivitis flietenular*, y COOPEZ diez años después señala a este microorganismo y niega la influencia de todos los demás gérmenes. Después Víctor MICHEL ha inoculado la córnea de varios animales con el estafilococo y los otros gérmenes encontrados en las flietas y de su trabajo ha sacado la conclusión de que el estafilococo es el microorganismo que más frecuentemente se encuentra en el interior de las flietas. Pero a las experiencias de MICHEL se le han opuesto los trabajos de AXENFELD y de GOULFIER; AXENFELD ha encontrado más estafilococos cuanto más antiguas eran las flietas de donde procedían; en las muy recientes no ha encontrado ninguno, aunque sí los había en la secreción conjuntival. GOULFIER dice que para que el estafilococo se haga patógeno necesita una puerta de entrada que él tendría que abrir en la conjuntiva. Luego STRAUB ha lanzado la teoría de que el estafilococo por medio de su toxina alteraría el epitelio, creando la puerta de entrada, por la que pasaría el germen, pero en este caso a esta toxina le tendríamos que conceder un poder irritante muy grande, cosa a la que se opone la benignidad de la flieta.

De la misma manera el doctor MÁRQUEZ ha hecho notar la frecuencia con que se da la *queratoconjuntivitis linfática* en sujetos afectados de ametropías poco acentuadas y afirma que muchas bordadoras y niños que iban a la escuela, afectados de esta enfermedad, se curaban de sus pústulas conjuntivales sin más terapéutica que la cesación del trabajo durante algunos días, recidiando el proceso en cuanto volvían a la tarea de bor-

dar, leer o escribir. Entre otros casos, el doctor MÁRQUEZ cita uno, el de un alumno suyo, que presentaba brotes de pústulas cuando estudiaba asiduamente, proceso que no volvió a aparecer en cuanto se le corrigió un astigmatismo hipermetrópico que padecía. Por esto aconseja hacer examen de la refracción de todo sujeto que presente esta enfermedad.

Hay otras teorías: así, CZERNY niega la naturaleza tuberculosa de la esclerofula y la misma predisposición de la esclerofula a la tuberculosis, creando la teoría de la diátesis exudativa. Habla de un estado constitucional en el que el factor hereditario psíco-degenerativo juega un papel muy importante e incluye la flietena entre los síntomas de la *diátesis exudativa*. La teoría de CZERNY es una simple hipótesis que no está corroborada por nada.

La identidad de la esclerofula y de la tuberculosis es hoy admitida por la mayoría de los autores; unos como GRANCHER, creen que la esclerofula es una modalidad de la tuberculosis en los sujetos linfáticos, con estigmas característicos en la piel y las mucosas, otros como LANDOUZY y MARFAN, no ven en la esclerofula más que un terreno de predisposición a la tuberculosis, cuya evolución, que tendría un algo particular, sería unas veces rápida, pero las más se manifestaría con torpidez y benignidad.

LEBER, en el año 1904 ha sido el primero que introdujo en oftalmología el concepto de esclerofulo-tuberculosis, y ha hecho constar en las flietenas la presencia de células gigantes. La flietena debería entonces ser considerada como una tuberculosis atenuada producida por las toxinas adherentes de bacilos poco resistentes o poco numerosos que sucumben a la reacción de defensa del organismo; es decir, que tendría el mismo origen que las tubercúles cutáneas descritas por DARIER, pues presenta los tres caracteres de ellas, como son, la ausencia de bacilos de Koch, la cutirreacción positiva en los niños afectados y que la inoculación en el cobaya es ordinariamente negativa.

En efecto, teniendo en cuenta lo que hoy se piensa de la tuberculosis, sabemos que en los primeros años de la vida, entre 1 y 14, todos los sujetos son atacados por el bacilo de Koch, por lo que adquieren una inmunidad contra la tuberculosis que durará la mayor parte de la vida, pues los bacilos van a los ganglios linfáticos, principalmente los tráqueo-bronquiales, en los que está demostrado que se elabora la inmunidad. Pues bien; entre los 1 y 15 años, es cuando se presentan las flietenas oculares, nunca antes del primer año, muy raramente después de los 15. Además, en los individuos con querato-conjuntivitis linfática, WEEKERS ha hecho las siguientes observaciones:

Que la radiografía evidencia una adenopatía tráqueo-bronquial muy manifiesta, viéndose algunas veces tubérculos calcificados.

Que la cutirreacción que en los niños de 1 a 5 años es positiva en el 38 por 100 de los casos, en los afectados de querato-conjuntivitis flietenular lo es en el 90 por 100.

Que la temperatura sufre en estos enfermos elevaciones muy pasajeras que no pueden explicarse más que

por la existencia de un foco tuberculoso profundo en actividad.

Que en el 36 por 100 de estos enfermos se ven procesos tuberculosos manifiestos, como son lesiones óseas, articulares, cutáneas, etc.

Que la tuberculosis es frecuente en los ascendientes de los enfermos flietenulares (56 por 100).

El conjunto de todos estos hechos, más los síntomas que generalmente se observan en los sujetos afectados, como son rostro pálido, abotagado, coriza crónica, vegetaciones adenoideas, impétigo, adenitis múltiples, tumor blanco, etc., nos demuestra que los niños atacados de querato-conjuntivitis flietenular son afectados de una tuberculosis ganglionar en actividad discreta y poco manifiesta. La mayoría de estos niños sufrirán la extensión de este foco ganglionar sin dar ningún signo de tuberculosis, adquiriendo inmunidad para esta misma enfermedad. Por lo tanto, la aparición de querato-conjuntivitis linfática en un niño nos dice que la infección tuberculosa se está verificando con una intensidad mayor que la normal, pues en la mayoría de los sujetos esta infección pasa inadvertida sin dar lugar a manifestación alguna. Pero el pronóstico en general es favorable, pues según la ley de MARFAN, son raros los flietenulares que se hacen luego tuberculosos; tan sólo raras cosas se ven en otras manifestaciones fímicas.

En cuanto a la patogenia de las flietenas tenemos que excluir el bacilo de Koch, pues ya se ha dicho que no se encuentra en las lesiones y que la inoculación al animal es negativa.

La experimentación nos dice que la toxina tuberculosa influye en la producción de las flietenas, pues éstas las podemos hacer aparecer instalando tuberculina en el fondo del saco conjuntival de antiguos flietenulares; además de que en sujetos siempre sanos, la óculorreacción a la tuberculina cuando es positiva puede acompañarse de flietenas. Ahora que su mecanismo de acción no está del todo esclarecido; pudiera ser que siendo la sensibilidad de la conjuntiva muy grande, se manifestara esta sensibilidad por la aparición de flietenas o bien que una cantidad ínfima de tuberculina de procedencia endógena vertida con las lágrimas en el fondo de saco conjuntival por cualquier causa, actuando sobre la conjuntiva hipersensibilizada produjera las flietenas. También pudiera ser que la hipersensibilidad de la conjuntiva, que siempre va unida a la existencia de un foco tuberculoso ganglionar, se manifestara por causas locales no fímicas, como por ejemplo, la toxina esta-filóica.

Los síntomas de la querato-conjuntivitis linfática pueden ser objetivos y subjetivos. Unos y otros varían según la localización de las flietenas, pues ya se ha dicho que éstas se pueden dar en la conjuntiva, en la córnea y en el limbo esclerocorneal.

Respecto de los síntomas objetivos, cuando la flietena es conjuntival observamos que el aspecto de ellas varía según su emplazamiento, pues según sea éste son variables en el tamaño y en el número; en general se puede decir que son tanto más pequeñas y numerosas con síntomas reaccionales mayores, cuanto más cerca están de la córnea.

Lo más frecuente es que la flictena, generalmente única, esté cerca de la córnea. En un principio se ve una inyección vascular en una porción circunscrita de la conjuntiva. Al día siguiente o a los dos días aparece la flictena, que en un principio es una elevación del tamaño de una cabeza de alfiler, de color blanquecino y de forma redondeada. A la flictena van a parar los vasos conjuntivales, que están dilatados, ofreciendo una disposición triangular cuyo vértice es la flictena. Esta disposición de la flictena nos la comparaba nuestro profesor de Oftalmología el doctor DUARTE, a un cometa, diciendo que la flictena se podía considerar como el núcleo, la aureola roja que la circunda, debida a la inyección conjuntival, a la cabellera, y los vasos que van a la flictena como la cola. Este cometa tiene siempre más cerca de la córnea su núcleo que su cola. Acordándose de esta comparación se diferencia muy fácilmente la flictena de la conjuntivitis linfática de otros procesos oculares, como por ejemplo, el botón de episcleeritis.

La porción de conjuntiva bulbar no próxima a la flictena y la córnea se encuentran completamente sanas, pues los síntomas reaccionales en esta forma son nulos o casi nulos en los niños; ahora que en los adultos que padecen esta enfermedad, que son aquellos que en su infancia padecieron de querato-conjuntivitis linfática, presentan un dolor ocular difuso aunque pocos síntomas reaccionales.

La flictena permanece 4 ó 6 días sin presentar alteraciones apreciables; después el epitelio se necrosa y elimina, quedando una pequeña solución de continuidad por donde sale el contenido, quedando una úlcera con depresión.

En los 4 ó 5 días siguientes se reabsorben los restos de la flictena, se regenera el epitelio desapareciendo la vascularización y no quedando ninguna señal. La flictena tarda en evolucionar totalmente de 10 a 14 días.

En vez de una sola flictena pueden aparecer dos o más de ellas, siendo en este caso más pequeñas que cuando existe una sola, y están tocándose o más o menos separadas. Entonces suelen existir síntomas reaccionales algo más intensos y la evolución total es más larga debido a que las flictenas en vez de aparecer todas ellas a la vez, aparecen con algunos días de intervalo y la evolución de unas va retrasada con respecto a la de otras. Cuando la flictena está localizada lejos de la córnea es generalmente más grande y sus síntomas son más manifiestos.

Existe una forma de la querato-conjuntivitis linfática llamada por el doctor ALBITOS conjuntivitis pustulosa difusa, en la que las flictenas, que son muchas, asientan en el limbo esclerocorneal, están todas reunidas y son tan pequeñas que para verlas bien es preciso emplear una lupa. En un examen superficial no llama la atención más que una elevación de mayor o menor extensión, de un color rojizo, del que arranca la vascularización que es periquerática difusa. Esta elevación y la vascularización periquerática puede alcanzar hasta más de la mitad del limbo corneal. Esta forma es de mayor duración que la de las flictenas aisladas. Además, puede haber miosis, blefarospasmo debido a la fo-

tofobia, y lagrimeo que puede escoriar la piel de los párpados.

Cuando la flictena se localiza en la córnea cambia de aspecto a causa de la estructura especial de esta membrana y la sintomatología es mucho más manifiesta, debido a la mayor sensibilidad de que goza; ahora que la flictena puede pasar inadvertida debido a que cuando tiene esta localización es sumamente pequeña. La flictena asienta siempre superficialmente, y la vascularización, aunque puede faltar al principio porque la córnea no tiene vasos, se manifiesta siempre que el proceso dura algún tiempo, y en la mayoría de las veces se ve desde el comienzo en número de dos o tres arteriolas que siguiendo el camino más corto van a la lesión corneal con el fin de repararla por reabsorción.

Respecto de los síntomas subjetivos hemos de tener en cuenta que son más manifiestos cuanto más próxima a la córnea está la flictena, llegando al máximo cuando la lesión es corneal o se asienta en el limbo.

Cuando la flictena se encuentra lejos de la córnea casi no hay exudados, lagrimeo, fotofobia, ni blefarospasmo; en cambio si está dolorosa y un intenso esclerocorneal (conjuntivitis pustulosa difusa), hay una gran fotofobia a veces dolorosa y un intenso lagrimeo. Claro que en el primer caso, sobre todo esto sucede en los niños, pues en los adultos esta lesión, que en la infancia no produce casi ninguna molestia, va acompañada de una sensación subjetiva de dolor.

La flictena es de evolución rápida, en veinte y cuatro horas alcanza su máximo desarrollo, después se abre y la úlcera que queda termina por desaparecer insensiblemente en dos o tres semanas. Otras veces las flictenas se suceden unas a otras y la enfermedad se prolonga durante varios meses y en algunos casos hasta años, pues es preciso tener en cuenta que estas lesiones, tanto las conjuntivales como las corneales, lejos de conceder inmunidad producen, al contrario, una extraordinaria sensibilidad.

La querato-conjuntivitis linfática es una enfermedad recidivante, los niños que la padecen ven amargada su existencia por esta dolencia y aun cuando son adultos sus ojos pueden ser nuevamente atacados. Cuando la flictena se localiza en la conjuntiva, la curación se verifica por *restitutio ad integrum*, pero cuando se localiza en la conjuntiva, la úlcera que queda puede interesar más o menos profundamente las capas de la córnea; entonces, puede quedar, según la extensión de la úlcera, un nefelio, un albugo o un leucoma con todas sus consecuencias visuales.

Además de las formas indicadas de querato-conjuntivitis linfáticas, con una o varias flictenas conjuntivales corneales o yuxtacorneales se pueden señalar otras; así, existe una forma en la que la conjuntiva está toda ella interesada de una manera difusa, dándose siempre en los niños con manifestaciones escrofulosas, con lo cual se le ha designado con el nombre de *catarro escrofuloso con tumefacción*. Su cuadro clínico es el siguiente; generalmente es bilateral, los párpados están hinchados y apretados, hay gran fotofobia y lagrimeo, que produce escoriaciones en los párpados. Hay imposibilidad para abrir los ojos espontáneamente. Hay miosis,

la conjuntiva está muy hiperhemiada y puede existir un exudado pequeño.

Los niños notan quemazón, y cuando la córnea está afectada existe dolor. La evolución de esta forma es lenta, tiene tendencia a la cronicidad y algunas veces a la inflamación de la conjuntiva se añade la del borde palpebral, dando origen a la blefaro-conjuntivitis linfática. Esta forma se da: en los que presentan hábito escrofuloso; nariz, labios y carrillos gruesos, impétigo de la cara o del cuero cabelludo, vegetaciones adenoides, infartos ganglionares del cuello, anemia, etc.

Otra forma de la querato-conjuntivitis linfática es la *infiltración linfática de la córnea*, que no es más que pequenísimos acúmulos de leucocitos debajo de la capa epitelial. Se localiza generalmente en las porciones periféricas de la córnea. Al principio no existen vasos en esta membrana, sólo existe la inyección conjuntival más acentuada en el sitio próximo a la lesión. Los síntomas reaccionales son escasos por no quedar al descubierto de las terminaciones nerviosas de la córnea.

La infiltración linfática de la córnea puede terminar, por reabsorción sin dejar vestigios o por la necrosis del epitelio con la producción de la *úlceras escrofulosa*. Si la reabsorción es larga se ven aparecer vasos corneales que si persisten dan lugar al *pannus escrofuloso*.

El *pannus escrofuloso* está formado por vasos que desde la conjuntiva van de un modo arboriforme hasta la lesión corneal, marchando entre la capa epitelial y la membrana de BOWMAN.

El pannus no tiene predilección por ninguna región de la córnea, tarda mucho tiempo en aparecer, pero una vez aparecido tiende a hacerse crónico y su evolución puede ser alterada por nuevos procesos corneales principalmente por pequeñas úlceras también escrofulosas. Se da generalmente en los últimos años de la infancia y da pocos síntomas reaccionales, pues los enfermos se acostumbran a él.

El pannus es una afección que puede traer muy malas consecuencias para el sujeto que la padece, por varias causas; 1.º Por la opacidad que ocasiona; 2.º Porque quita resistencia a la córnea y ésta se deja distender aumentando la refrigerancia del ojo y haciéndolo miope; 3.º Por que obliga a los niños a acercarse los objetos para verlos bien, cosa que favorece la miopía.

La *úlceras escrofulosa* es producida, como ya se ha dicho, por la necrosis del epitelio de la flietena; esta pérdida de epitelio es pequenísima, y por la brecha que queda son eliminados los leucocitos que formaban la infiltración subepitelial. La *úlceras escrofulosa* es redondeada y asienta generalmente en las porciones periféricas y marginales de la córnea.

La persistencia de la *úlceras* depende de su tamaño y de la salud del niño; pues cuanto mayores son las defensas orgánicas, tanto más pronto se obtiene la curación. También influyen los cuidados higiénicos; los niños limpios y aseados curan más rápidamente que los que tienen un aseo deficiente.

El epitelio corneal se regenera cubriendo la pérdida de substancia, sin dejar ningún vestigio cuando la lesión es superficial, pues tan sólo en las complicaciones se interesa el estroma corneal. La evolución de la *úlce-*

ra escrofulosa es de tres o cuatro semanas en la forma corriente; pero si existe o ha existido una inflamación de la córnea, del borde palpebral, de la conjuntiva y sobre todo, del saco lagrimal, sirve como puerta de entrada a gérmenes oculares o generales que ocasionarán úlceras más grandes, y sobre todo, más profundas, que producen la destrucción del tejido propio de la córnea y hasta la perforación, cosas que prolongan mucho la duración del proceso y dejan manchas corneales de naturaleza conjuntiva, pues son verdaderas cicatrices corneales. Los síntomas de la *úlceras escrofulosa* son, pérdida de substancia, congestión periquerática, congestión más o menos intensa del iris, lagrimeo, blefarospasmo, fotofobia intensa y dolor.

Todavía hay otra forma de querato-conjuntivitis linfática, que es la *queratitis fascicular o cinta vascular*, que solamente afecta el epitelio corneal; consiste en una ulceración que presenta una vascularización anormal y que mientras va restaurando el epitelio por la parte periférica, la *úlceras* se va extendiendo hacia el centro de la córnea, de modo que es una *úlceras* errante que va acompañada de vasos, los cuales se alojan en la especie de canal o surco que deja la *úlceras* en su progresión.

La *úlceras*, en llegando al centro de la córnea (la cual sobrepasa pocas veces) o antes de llegar a este sitio, se repara y sólo quedan los vasos, que poco a poco se van reabsorbiendo y convirtiéndose en pequeños tractus cicatriciales en forma de delgada cinta opaca que después tarda años enteros en desaparecer. Los síntomas reaccionales son más o menos intensos pero nunca son tan manifiestos como en la *úlceras escrofulosa*.

Las complicaciones de la querato-conjuntivitis linfática son muy importantes, pues siendo en sí una enfermedad relativamente benigna, cuando se agregan aquéllas dan ocasión a un pronóstico poco favorable. Entre las principales está la *úlceras* profunda, que ocasiona siempre al curar un leucoma que perjudica la visión, además de que bajo la influencia de la presión intraocular, la membrana de DESCERNET puede abombarse en el sitio de la *úlceras* por haber aquí menos resistencia, y saliendo al exterior, originar el queratocele. En fin, la *úlceras* puede traer consigo la perforación de la córnea, ocasionando la iritis, el hipopión y el leucoma adherente, con sus consecuencias para la transparencia y la refracción del ojo.

Respecto de la anatomía patológica de la flietena hay que decir en primer lugar que este proceso patológico no es una flietena, pues estando constituida por un acúmulo de leucocitos, principalmente polinucleares cubierto de epitelio, es más bien una pápula. LEBER dice que además, en la elevación, mal llamada flietenular, se encuentran células gigantes y células epiteloides. Pero numerosas investigaciones han hecho negar aquí la presencia del bacilo de Koch, ahora que cada día se admite más la hipótesis de considerar estas lesiones como dependientes de las toxinas del bacilo tuberculoso.

El diagnóstico de la *querato-conjuntivitis* flietenular es sencillo. Se diferenciará del *botón de episcleritis*, porque sobre él se puede deslizar la conjuntiva fácilmente, además de que la vascularización es profunda y

nos recuerda la cola del cometa a que se puede comparar la flietena y sus vasos. Porque siempre hay antecedentes o manifestaciones de reumatismo o de artritis en el sujeto afecto. También nos fijaremos en que el botón de episcleritis es de evolución lenta y nunca se ulcera. Del *tubérculo primitivo* se diferenciará porque éste es más aparente, es de evolución larga y se acompaña de fiebre y de adenopatía. Del *chancro sifilítico de la conjuntiva bulbar* se diferencia porque éste va acompañado de induración, erosión e infartos satélites, además de que se pueden encontrar los treponemas. De la *pingüecula* se diferencia en que ésta se da siempre en los adultos, no va acompañada de vascularización y nunca se ulcera.

De la *conjuntivitis primaveral* en que ésta es crónica, en que se exagera en la primavera, además presenta papilas en la conjuntiva palpebral y no se observa ninguna pérdida de substancia en la córnea. El *pannus escrofuloso* se diferencia del *tracomatoso* en que siempre en este último la conjuntiva palpebral superior presenta sus granulaciones o sus cicatrices.

El pronóstico de la querato-conjuntivitis linfática varía según la flietena asiente en la conjuntiva o en la córnea; en general es benigno; ahora, que es la enfermedad de las recidivas; y por lo tanto, amarga la infancia del niño. Cuando la úlcera corneal que queda al abrirse la flietena se infecta, se pueden dar como consecuencia leucomas, miopía, astigmatismo, estafilomas y en ocasiones hasta la pérdida del ojo.

El *tratamiento* puede ser profiláctico, general y local. La profilaxis se hace, evitando que se propaguen al ojo del niño afecciones cutáneas y nasales, afecciones que se tratarán con su terapéutica especial.

También se hace cortándole los cabellos, lavándole las manos y evitando que se las lleve a la cara.

El tratamiento general es quizás el más importante, porque ya sabemos que la enfermedad es consecuencia de estado general anteriormente dicho.

Con un buen tratamiento general las lesiones curan más pronto y a veces se llegan a evitar.

Los niños afectados de la afección que nos ocupa, deben disponer siempre del aire puro, que influye mucho sobre su metabolismo, se debe recomendar el campo o la playa; y si no hay medios, por la posición social, se debe recomendar su inclusión en las listas de las *Colonias escolares*. También se debe recomendar la estancia en balnearios de aguas clorurado sódicas o los baños y lavados con agua salada.

El sol es tan portentoso, que en algunos sanatorios de niños escrófulo-tuberculosos no se hace más medicación que los baños de sol. Estos baños de sol deben hacerse al aire libre, resguardándose los ojos con unas gafas ahumadas, usando un sombrero en el verano. Deben tomarse todos los días a la misma hora, al medio día en invierno, y por la tarde en verano; deben ser cada vez más largos, suprimiéndolos cuando el termómetro nos indique una subida de 5 décimas.

La alimentación es la base de la curación. Los alimentos deben ser variados, de mucho poder nutritivo y poco

volumen. Desgraciadamente esta enfermedad se da casi siempre en las clases menos acomodadas de la sociedad, donde el problema de la sobrealimentación es difícil de resolver.

Como medicación general el aceite de hígado de bacalao obra muy bien y se debe emplear siempre que lo tolere el estómago; cuanto más puro (blanco) es mejor. También se emplean el arsénico, el yodo, el hierro, el azufre, el fósforo y el mercurio. La calcioterapia obra muy bien; antes se creía que era debido esto a la decalcificación; hoy se sabe que es debido a la acidosis que existe en la escrófulo-tuberculosis; por esto ha decaído algo, y lo que más se emplean son las substancias fijadoras del calcio, como la adrenalina. Los lipoides son de una gran acción, pues siempre hay hipocolesterinemia. Los metales silicio, plata, oro, etc., lo mismo que las sanocrisinas, sirven también, si bien estas últimas han decaído algo por producir hemorragias en algunos casos. Los rayos X se pueden emplear porque provocan la regresión del sistema linfático pero se tropieza con la dificultad de no poder dosificarlos. En casos rebeldes se puede emplear la tuberculina cuando no existan contraindicaciones y con precaución.

El tratamiento local debe ir dirigido a combatir la flietena conjuntival o corneal, a favorecer la reparación y a atenuar los síntomas subjetivos.

Cuando la flietena es conjuntival se usarán los calomelanos en pomada o mejor en polvo (calomelanos al vapor finamente porfirizados). La pomada se aplicará con una espátula o una barrita de cristal en el fondo de saco conjuntival interior y mandando cerrar el ojo se termina con un ligero masaje al través de los párpados para distender la pomada. En polvo, se aplican espolvoreándolos con un algodón impregnado de ellos; sacudiéndolo a cierta distancia del ojo. En esta forma a más de obrar químicamente por la formación de cloruro mercuríco naiciente, muy antiséptico (formado por la presencia del cloruro sódico de las lágrimas) obra mecánicamente, pues por el movimiento de los párpados erosionan la superficie de la flietena ocasionando su apertura, vaciamiento y rápida evolución. Hay que recordar que la aplicación de los calomelanos está contraindicada con la administración de yodo o yoduros al interior, pues el yodo eliminado por la conjuntiva y las lágrimas al unirse a los mercuriales forma yoduro mercuríco que es muy cáustico. Cuando exista inflamación de la conjuntiva no se deben utilizar los calomelanos, se usarán los astringentes, sulfato de zinc al 1 o el 2 por 100, el argirol al 10 o el 20 por 100 o el nitrato de plata al 1 por 100, hasta que desaparezca la conjuntivitis.

Cuando existan úlceras corneales se usará la atropina y los antisépticos. En el período de reparación se usará el óxido amarillo de mercurio al 2 por 100. Si la úlcera es muy grande o hubiera perforación de la córnea se usará el vendaje. Si la perforación es periférica se usará la pilocarpina en vez de la atropina, porque así se evita el enclavamiento del iris; ahora, si hay iritis se usará siempre la atropina.