

## ALGUNAS CONSIDERACIONES

sobre el tracoma en Cartagena, y su tratamiento.

Por el doctor MANUEL F. OBREGÓN (de Cartagena).

(Trabajo presentado al tercer Congreso Médico de Colombia).

### GENERALIDADES Y SINTOMATOLOGÍA

No hay autor que al tratar del tracoma no se sienta inclinado a resumir los últimos trabajos en la materia, lo cual es prueba de lo poco que se progresa en tal sentido; y nosotros, aunque ajenos a la idea de creer que podemos condensar lo que hasta hoy se ha dicho, no podemos resistir a la tentación de hacer, aunque sea a grandes rasgos, una ligera síntesis de lo que hemos leído y de lo poco que hemos observado.

Asímismo es pleito inacabable entre los autores la diferencia que pueda existir entre la conjuntivitis folicular y la conjuntivitis granulosa, nombre este último por el cual también se acostumbra designar el tracoma.

A este respecto recordamos haber leído no há mucho tiempo juiciosas razones de diagnóstico diferencial hechas por el doctor Miguel Arango M., de Barranquilla, en un trabajo sobre tracoma, que sentimos no tener a la vista para hacerle más de un préstamo, pues reputamos las páginas de este sagaz y talentoso observador como lo mejor que sobre la materia se ha escrito en la Costa Atlántica.

Comoquiera que sea, el caso es que si hay muchos que a *tout propos* diagnostican tracoma

allí donde sólo existen folículos de pronóstico favorable, no es menos cierto que la tendencia que hay a hacer de las dos afecciones una sola, y los innumerables casos de diagnóstico dudoso que frecuentemente se presentan al ojo del práctico, requieren que uno sea muy cauteloso en asuntos de diagnóstico.

En esta confusión de ideas, sin duda que juegan el principal papel la naturaleza y formas de la enfermedad, el afán de encontrarle un germen acerca de cuya existencia aún existen muchas dudas, y la insegura eficacia de los tratamientos. Y no es porque haya faltado estudio, pues la *oftalmia egipcia*, que según Axenfeld se propagó a Europa con las guerras napoleónicas, «es tan vieja como el Nilo, el simún y el desierto». (Boldt).

Siendo la enfermedad, como lo es, eminentemente contagiosa, natural es suponer que se reproduce a favor de un germen infeccioso; y los hay en cantidad, de todas clases; puede decirse que cada observador, como ángel de su guarda, tiene el suyo. Lo difícil está en saber cuál es el verdadero, pues ni el mismo corpúsculo de Prowazek, que es el que últimamente ha tenido el mayor prestigio científico, se asienta sobre base inconvencible. De todo, lo más conocido es la anatomía patológica: se sabe, por ejemplo, que el tracoma se sitúa en el estrato submucoso que contiene tejido adenoide y células linfáticas, y es allí donde se verifican las hipertrofias papilares que dan origen a la granulación tracomatosa; de lo cual infiere Lagrange, que así como los escrofulosos\* y linfáticos, por la facilidad que

ofrecen para la proliferación del tejido adenoide, son propensos a los ingurgitamientos ganglionares, así también esos mismos individuos son aquellos en quienes la formación tracomatosa aparece de un modo quizá espontáneo, fuera de todo germen, reproduciendo las conjuntivas en este caso el mismo fenómeno patológico de los ganglios.

Bella es la teoría; mas falta ver si las conjuntivitis producidas así de modo espontáneo no son capaces de reproducir la enfermedad en individuos no linfáticos.

Ideas análogas son las de Goldzieher, de Budapest, cuando afirma que en las dos formas anatomopatológicas del tracoma, la papilar y la granulosa, la enfermedad es siempre una lesión de los tejidos mucosos profundos de la conjuntiva. La afección penetra por el epitelio, se instala en el tejido subepitelial, y cuando se ha verificado una infiltración de las capas profundas, se manifiesta bruscamente con el aspecto característico de los corpúsculos. Entretanto, el epitelio se modifica poco: a través de él se encuentran series de células crateriformes que penetran hasta el tarso; y son ellas las que forman la base o el substrato subepitelial de los folículos tracomatosos.

Hoy por hoy, la cuestión parasitaria parece limitada al corpúsculo de Prowazek. Este corpúsculo, descrito por Prowazek y Halberstaedter en 1907, tiene, al decir de Mijashita, de Tokio, una buena prensa. Para observarlo se frota la conjuntiva con una lámina cubreobjeto, se fija al alcohol-éter por cinco a diez minutos, y se

colora al giemsa por dos o tres horas. Se ve entonces que ciertos núcleos de células epiteliales están como cubiertos con un sombrero bajo: son éstos los corpúsculos de Prowazek.

La razón por la cual antes no se habían encontrado estos corpúsculos, es que ellos existen en las células epiteliales de las conjuntivas tracomatosas y no en los productos de secreción ni en los folículos subepidérmicos, que es en donde parece se ha dirigido de preferencia la observación de los investigadores.

Hasta el presente no ha sido posible cultivar tales corpúsculos, lo que consiste principalmente en su vitalidad, pues parásitos superiores como son, germinan como hongos y comen como amibas.

Sin embargo, para Herford este corpúsculo no sería un amibo, sino un parásito de clase intermedia entre los amibos y las bacterias; y el desarrollo se verificaría de la siguiente manera: la masa protoplásmica de que hemos hablado se desarrolla hasta llenar toda la cavidad celular de la célula epitelial; el núcleo queda rechazado hacia la periferia; el parásito se llena de granulaciones muy finas, más pequeñas que estafilococos; y al fin la célula estalla dejando las granulaciones en libertad.

Esta categoría de gérmenes ha sido designada por Prowazek con el nombre de *clamidozoa*, lo que significa animal encapsulado.

Para Lindner, los clamidozoos no serían otra cosa que aglomeraciones coalescentes de diversos coccus de un orden cualquiera que, a virtud de desarrollos ulteriores, han perdido su apariencia orgánica.

Comoquiera que sea, estos corpúsculos son los que diferencian histológicamente el tracoma de las otras conjuntivitis infecciosas.

Pero hé aquí que en reciente estudio (*sobre la naturaleza y origen del tracoma*, Berlín, 1910) el profesor Herzog le da nueva fase a la cuestión, afirmando que los corpúsculos de Prowazek no son otra cosa que formas zoogléicas del gonococo de Neisser. Más varosímil parece la afirmación, porque Stargard y Heymann han encontrado en la blenorrea corpúsculos idénticos a los del tracoma; de donde resulta que el autor concluye de sus investigaciones, que son a la vez anatomoclínicas, que el tracoma puede provenir de lo siguiente:

1º Del contagio por un gonococo normal y virulento, cuandoquiera que se presentan condiciones que se opongan a la eliminación de éste fuera de la mucosa inflamada.

2º Del contagio por un gonococo atenuado.

3º Del contagio por la forma intraepitelial morfológica y biológicamente modificada, cuya existencia no era conocida hasta los trabajos de Prowazek y que merece el nombre de *microgonococo*.

Contra esta manera de pensar se rebela Lindner, quien afirma que en los casos observados por Stargardd, se trataba simplemente de conjuntivitis de los recién nacidos sin microorganismos; que en los casos observados por Halberstaedter y Prowazek, tampoco se observó la presencia de gonococos; y que en veintiocho casos observados y estudiados por él mismo (Lindner) tampoco los encontró, excepto un caso mixto.

En los cuerpos encontrados por Herzog, el aspecto difiere en absoluto de los gonococos: diferentes en dimensiones, no se les puede cultivar, son solubles en el taurocolato de soda y son inoculables a los monos. Los gonococos, al contrario, ofrecen caracteres opuestos a los señalados, y no son inoculables a los animales ni por cultivos ni por una afección blenorragica cualquiera.

De todo este análisis resulta pues que ya la cuestión no se limita a saber si existe un agente figurado del tracoma, de naturaleza intermedia, que es, con toda probabilidad, el clamidozoa de Prowazek, sino a determinar si este agente es un derivado del gonococo, y entonces blenorrea ocular y tracoma serían dos modalidades análogas del mismo agente; o si es un virus distinto, peculiar al tracoma, y nada más.

Por lo pronto parece que la derrota es de los unicistas; y veamos porqué.

Partiendo del hecho de que el tracoma es inoculable al mono, y la blenorragia nó, Heymann estudia la cuestión de la identidad del virus blenorrea y tracoma en los animales, y dice:

«De mis experimentos en el mono parece demostrado que se trata de dos virus diferentes. Prueba de ello es que allí donde se muestra inerte la secreción recogida en granulaciones tracomatosas no tratadas, la secreción blenorragica infecta indefectiblemente. Además, infectando una conjuntivitis tracomatosa con virus blenorragico, se comprueba que éste pierde rápidamente su virulencia y aun su vitalidad, puesto que no se encuentran corpúsculos de Prowa-

zek-Harberstaedt, tan frecuentes en la blenorrea latente, aunque sí se hallan gonococos vivos, pero avirulentos. Esto significa que el terreno tracomatoso es desfavorable para este agente patógeno.»

La posibilidad de producir una conjuntivitis tracomatosa inoculando una secreción de blenorrea crónica, es lo que ha dado lugar a la creencia de la identidad de virus; y acerca de esto dice Heymann:

«Mis experimentos sólo una vez me han permitido crear un proceso *folicular* y no *tracomatoso*; la complicación más frecuente del tracoma, el pannus, no ha sido observada jamás en los monos sometidos a mis experimentos.»

Sin embargo, la cuestión no pára ahí, puesto que Wolfrum ha observado un caso de *verdadero tracoma*, en un individuo infectado con secreción blenorreica; y últimamente Alter y Bonser, de Toledo (Estados Unidos de América), al estudiar los cuerpos de Prowazek como factor etiológico del tracoma y de la blenorrea *a inclusiones*, hacen notar que en la clínica de Fuch se han obtenido los mismos resultados.

Por otra parte, Addario, de Palermo, ha hecho ciertas modificaciones en la interpretación que debe darse a las observaciones histológicas hechas por Prowazek; y al efecto, por medio de preparaciones de clamidozoas ha demostrado delante de la Sociedad de Medicina de Palermo que los corpúsculos de Prowazek, que este autor y Halberstaedter tomaron como peculiares a las células epiteliales conjuntivales, existen en mayor número en las papillas y folículos del traco-

ma. Las granulaciones intraepiteliales representan un hecho de poca importancia, común a todas las conjuntivitis, y dependiente de una degeneración del protoplasma, o de una división nuclear de las células por kariorrexis o kariolisis.

Es indudable que el *cuerpo alveolar* o clamidozoa es el agente específico del tracoma, porque se le encuentra exclusivamente en las conjuntivas tracomatosas; pero como él aparece de preferencia en los folículos y no en el epitelio, se deduce de aquí que la enfermedad no es una epiteliosis como hasta aquí se había creído, sino una proliferación específica de la capa adenóide de la conjuntiva.

La falsa interpretación que se había dado a la presencia de las masas granulosas intraepiteliales, es la que habría conducido a algunos a suponer comunidad de origen entre la blenorrea crónica y el proceso tracomatoso.

Como se ve, aún está abierta a discusión la cuestión de la unicidad o dualidad del tracoma, quedando sólo fuera de aquélla el clamidozoa de Prowazek.

Nosotros, que en cuestiones de orden experimental nada podemos agregar, apuntaremos simplemente un hecho confirmado por una constante observación clínica: que es muy frecuente observar como complicación tardía de la blenorragia una conjuntivitis folicular, con marcada hiperemia de los tarsos, y esto aunque el paciente no haya tenido infecciones oculares manifiestas que dieran lugar a tomar la afección presente como resto de alguna otra pasada.

Además de los síntomas anotados se observa que las conjuntivas palpebrales están como vellosas, y que la secreción es tan escasa, que apenas si llega a pegar los párpados en la mañana.

Como síntomas subjetivos se encuentran: sensación de cuerpo extraño en los ojos; pesantez de los párpados, más pronunciada a la caída de la tarde, y un ardor especial de los ojos, que casi es patognomónico.

¿Se tratará en estos casos de una transformación tracomatosa del virus gonocócico, según la teoría de Herzog; o de una blenorrea a inclusiones, según Lindner? Nada podemos decir al respecto y confiamos la respuesta al tiempo.

---

Siendo el tracoma una enfermedad extraordinariamente contagiosa, que se propaga de un ojo atacado a un ojo sano, por medio de las secreciones, es de suponerse que allí donde el transporte de la secreción es fácil, será también donde más fácilmente se propagará. Por eso vemos que la enfermedad se enseñorea principalmente donde hay aglomeraciones de individuos que llevan más o menos una vida común: cárceles, hospicios, cuarteles, escuelas, etc. Las escuelas principalmente son las que más deben preocuparnos, porque es precisamente en ellas en donde más se descuidan las reglas de higiene, debido a lo incauto del personal. Por eso deseáramos insistir bastante acerca de la gravedad de este punto con el fin de que el Concejo Municipal se dé cuenta de la obligación en que está

de introducir algunas medidas higiénicas en el régimen escolar, para el efecto de dar a la raza una protección más efectiva.

Aparte de la raza, el temperamento y la extensión geográfica, se ha dado mucha importancia por los autores al factor etiológico de la altura. Así, por ejemplo, el tracoma es casi desconocido en los países altos como Suiza, el Tirol y Auvernia, mientras que es bastante frecuente en los países bajos como Bélgica, Holanda y el Danubio inferior (Fuchs). Por lo que respecta a nuestro país en relación con esto, diremos que el tracoma es, nos parece, menos frecuente en Bogotá y poblaciones altas del interior de la República, que en las costas.

Con esta circunstancia de la latitud hay que considerar muy detenidamente en Cartagena otra que es casi peculiar a la ciudad: el polvo, que en definitiva actúa por sus agentes intermediarios: la estación y los vientos. Decimos así, porque todo médico puede observar aquí una recrudescencia de la enfermedad en la época que llamamos de *verano* (diciembre a abril). Sucede entonces que los vientos del nordeste, los alisios, soplan con bastante fijeza e intensidad, y a consecuencia de ello se levantan inmensas nubes de polvo que agolpándose al rostro de los transeúntes, penetran por los ojos, irritan las conjuntivas y abren así una puerta de entrada a toda clase de infecciones. Precisamente en los momentos en que se reúne el Congreso Médico empieza el verano, y la mayor parte de los médicos tendrá ocasión de comprobar la precisión de nuestras afirmaciones.

La falta de estadística completa nos impide dar cuenta exacta de la frecuencia del tracoma en Cartagena; mas por los apuntes que tenemos podemos colegir que en nueve años (1908-1917) que llevamos de hacer práctica oftalmológica en la ciudad, hemos asistido algo como trescientos casos de esta enfermedad. Por supuesto que no todos estos enfermos pertenecen a la población cartagenera; pero consideremos que tanto los enfermos que vienen de fuera como los que viven aquí están en contacto con la población sana, e imagínese el peligro que representa para ésta la comunicación con aquella masa de personas (que no es el total) afectadas de enfermedad tan contagiosa como la que nos ocupa.

Es el tracoma enfermedad tan contagiosa y de tan terribles estragos, que no podemos prescindir de dar aquí su sintomatología con fines de vulgarización científica; pues si bien es cierto que estas líneas están destinadas para hombres que saben más de estas cosas que lo que nosotros podemos decirles, también lo es que ellas pueden ser leídas por quienes alguna ventaja encontrarán en reconocer un peligro contra el cual deben precaverse.

Se acostumbra dividir el tracoma en dos formas: *aguda* y *crónica*; mas como esta división se relaciona más bien con la marcha de la enfermedad, quizás es más conveniente para el estudio aceptar la división en forma *papilar* y forma *granulosa*, que tiene la ventaja de ser una división más clínica.

La primera de estas formas está caracterizada por la presencia en la conjuntiva, y sobre

todo en la parte que reviste el párpado superior, de pequeños levantamientos de la membrana, de forma vellosa, que es lo que constituye la *papilla* y da su nombre a la lesión.

La segunda forma se manifiesta por las granulaciones tracomatosas. Son estas granulaciones corpúsculos semiesféricos situados debajo de la conjuntiva, a través de la cual se dejan ver. Son translúcidos, gelatiniformes, comparables, según su estado de desarrollo, a frutos de mora, de frambuesa, o a huevos de peces. Se sitúan invariablemente entre las papillas, donde se las puede reconocer bajo la forma de manchas blanquecinas, del tamaño de una cabeza de alfiler, mucho más perceptibles por medio de un lente de quince a diez y ocho dioptrías de aumento. Por la fuerte adherencia de las conjuntivas a los cartílagos tarsos, las granulaciones no desarrollan allí su forma esférica tan fácilmente como en el fondo del saco conjuntival, o sea en el ángulo diedro formado por el paso de la conjuntiva del párpado al globo ocular. En este ángulo las granulaciones son más aparentes, porque estando la conjuntiva menos adherida, pueden soliviar ésta con facilidad. Sucede pues que los dos elementos constitutivos de la conjuntivitis tracomatosa, granulación y papilla, se muestran indistintamente en los párpados y en los fondos de saco, sólo que las papillas son más aparentes en los tarsos, y las granulaciones en los repliegues conjuntivales. La conjuntiva que cubre el globo del ojo no presenta ni granulación ni papilla; mejor dicho, casi siempre está indemne, salvo los casos de fuerte inflamación,

en que aparece roja y vascularizada. Las papillas hipertrofiadas se sitúan, como hemos dicho, preferentemente en el párpado superior; y tan característico es este signo, que se le toma como diferencial entre la conjuntivitis tracomatosa y la folicular. Si la hipertrofobia y el número de las papillas es considerable, el párpado superior se cae ligeramente (ptosis) y presenta un aspecto tal, que sin voltearlo, se puede diagnosticar la lesión. Al voltearlo, se reconocen en él las papillas; y quien una vez ha visto un párpado en esta forma, no puede olvidarlo jamás.

Mas en el tracoma no son tanto las formas de la enfermedad lo que interesa, cuanto las complicaciones. Estas son numerosas y se presentan en diverso grado en los diferentes estados y períodos de la enfermedad, pues todo depende de la marcha y de la intensidad de la afección. Las principales de estas complicaciones interesan la mayor parte de los elementos anatómicos constitutivos del ojo; y así pueden afectar los párpados (incurvaciones), las pestañas (triquiasis), las conjuntivas (emblefarones, xerosis, cicatrices viciosas), la córnea (queratitis, ulceraciones, pannus), el iris, etc., siendo característico de estas complicaciones el propender todas a las perturbaciones visuales o a la pérdida total del ojo.

Por eso creemos que debe penetrar en el espíritu del público no sólo el conocimiento de la enfermedad, sino el de las terribles consecuencias que ella ocasiona; por eso creemos que el Municipio debe ordenar el cumplimiento estricto de ciertas reglas de higiene a los hoteles e im-

ponerlas también en todos aquellos sitios donde existan conglomerados de gentes; y por eso creemos que los encargados de la dirección de la enseñanza deben instalar siquiera un modesto servicio de inspección médica, aunque no sea más que con el fin de evitar el desarrollo del tracoma en las escuelas e internados, porque esta enfermedad una vez declarada tiene el triste privilegio de ser rebelde a la mayor parte de los tratamientos.

### TRATAMIENTO

Supuesto que en el tracoma todo es incierto, porque aún se pregunta uno si es contagioso, si hay formas agudas, si satisface la anatomía patológica, si el clamidozoa es en realidad el agente específico de la enfermedad, etc., etc., mayor razón hay para preguntarse: ¿es el tracoma una enfermedad curable? ¿Cuándo se puede decir que está curado?

En relación con la primera pregunta hemos dicho que el tracoma es rebelde a la mayor parte de los tratamientos, lo que no quiere decir que no sea curable; lejos de eso, nosotros creemos que el tracoma sí se cura con tal que el médico ponga en el tratamiento un poco de empeño, de tenacidad y de acierto.

Sin derecho para exhibir grandes estadísticas, podemos afirmar que hemos curado todos aquellos casos de pacientes que han perseverado con nosotros hasta el fin.

El tratamiento del tracoma es más bien cuestión de sistemas que de medicamentos; por eso la generalidad de los autores conviene en

que no se ha de emplear sólo el tratamiento médico, ni exclusivamente el quirúrgico, sino que la mayor parte de las veces el mejor resultado se obtiene con los procedimientos mixtos. A esta conclusión ha llegado el doctor Jacovidés, de Alejandría, que cuenta en su abono el haber tratado más de quince mil casos de tracoma; y a la misma, el doctor Puscarin, profesor libre de Bucarest, a pesar de que él sienta en principio que el único tratamiento posible para el tracoma es el tratamiento quirúrgico.

*Tratamiento médico*—Ni pretendemos ni tenemos la intención de enumerar los diversos agentes que se han empleado en el tratamiento médico del tracoma, pues si tal cosa deseáramos, necesitaríamos de un infolio para realizarla. Baste para nuestro objeto mencionar los más conocidos, los más usuales y los de empleo más reciente, de esos medicamentos, con ligeras anotaciones acerca de su mérito.

*Acido pícrico*—Esta sustancia ha sido empleada por Scellino en una clínica oftalmológica de Roma, en pomadas al título de 2 por 100; y el profesor dicho asegura que el medicamento obra favorablemente en todas las formas de oftalmía granulosa, hasta la desaparición completa de las granulaciones. No tenemos experiencia alguna acerca de esto.

*Nitrato de plata*—Todos los autores están de acuerdo—y nuestra experiencia lo confirma—en que esta sustancia es el agente más poderoso para cortar las secreciones tracomatosas, como lo hace en la mayor parte de las conjuntivitis de cualquier origen. Su acción es particularmen-

te manifiesta en el período agudo del tracoma, cuando hay abundancia de secreción, o cuando ésta es consecutiva a alguna intervención quirúrgica. En los casos en que sea mal tolerado, se le puede reemplazar por el protargol, el argirol, el silvol, o cualquiera de las preparaciones de plata coloidal. Los mejores resultados se obtienen con las soluciones al 2 por 100.

*Sulfato de cobre*—Para muchos es el agente específico del tracoma; y su empleo está indicado en las formas poco secretantes de la enfermedad. Se le aplica al estado natural, en la forma de lápices tallados en los cristales, o en la de lápices mitigados, como el lápiz de Ginestous, por ejemplo. Nuestro renombrado y lamentado profesor Galezowtki hace algunos años hizo fabricar uno de estos lápices con base de cianuro de cobre y estovaína, al cual dio el nombre de *cupricina*. Los mejores efectos del sulfato de cobre quizás se obtengan de las soluciones glicerinadas al 1 por 10.

*Acetato de plomo*—Poderoso antisecretor, pero a condición de que la córnea esté intacta, porque de lo contrario producirá opacidades indelebles en ella.

*Acido yódico*—Empleado por Schiele en cauterizaciones y preconizado por él con el entusiasmo característico de los enamorados de su propia idea, pero sin que hasta el presente se le puedan atribuir resultados satisfactorios.

*Secreción blenorragica*—Goldzieher, de Budapest, refiere el caso de una niña de nueve años de edad, que no habiendo podido ser curada por ningún medio, se apeló a infectarle el ojo dere-

cho con secreción gonorreica, como último recurso, lo que dio por resultado que la córnea se aclaró y la conjuntiva volvió a su estado normal. Cree el mencionado autor que este recurso sólo es aplicable *in extremis* y en los casos de pannus muy considerable.

*Acido carbónico solidificado*—El doctor Montagu Hartson, de Hong-Kong, ha empleado esta sustancia en más de siete mil casos de tracoma; y sostiene, con el peso de su autoridad y su experiencia, que el ácido carbónico sólido es el agente que cura con más rapidez.

Suprimiendo la parte de técnica, por ser ésta inaplicable entre nosotros, nos contentaremos con decir que el autor explica la teoría del tratamiento por el método hiperémico de Bier. La nieve carbónica en el caso que nos ocupa obraría produciendo una hiperemia de la conjuntiva, análoga a la que produce un vendaje compresivo de la rodilla en el caso de un tumor blanco de dicha articulación.

*Electrólisis*—Preconizada por Wecker, se dice que ha dado buenos resultados en manos de Coppez.

*Cusilol*—Esta sal, que no es otra cosa que el borocitrato de cobre, ha sido empleada por primera vez por Aalt en colirios del  $\frac{1}{2}$  al 3 por 100, con muy buenos resultados. Ultimamente ha sido ensayada por el doctor Tristano, de Palermo, y tan satisfecho se encuentra de su empleo, que a más de declarar que ella puede reemplazar en todo y por todo al sulfato de cobre con grandísimas ventajas, considera que el resultado es tan seguro, que una semana de tratamiento

por el cusilol equivale a un mes de tratamiento por el sulfato de cobre.

El único inconveniente de esta medicación es el de que las soluciones no se conservan por largo tiempo, y hay que reemplazarlas por otras frescas cuando se vean precipitados en el fondo del frasco.

*Terminol*—Lo que se designa con este nombre es una pomada que corresponde a la siguiente fórmula:

	Gramos.
Citrato de cobre.....	1,50
Alapurini.....	20
Vaselina neutra esterilizada.....	10

Muy elogiada por el profesor Grunet, y más aún por el fabricante, ello ha determinado al doctor Walter para ensayarla; de su ensayo ha concluido este doctor que la tal pomada ni merece tal renombre, ni es superior a la de Pagenstescher en el tratamiento del pannus.

*Bacilo búlgaro*—Tratamiento inédito, por así decirlo, de un simple práctico, el doctor A. W. Daguet, quien casualmente trató un niño de la siguiente manera:

«Se trataba de un niño de ocho años, atacado de tracoma desde la edad de dos. Su abuelo, que era un excelente médico, lo trataba desde hacía dos años sin haber podido curarlo. A la muerte de éste, el niño fue llevado a la consulta del autor, quien se excusó de tratarlo por no ser oculista; más a instancias de la familia, se decidió a emprender algún tratamiento. Primero ensayó el sulfato de cobre cerca de un año; después, el argirol, el nitrato, el subli-

mado, etc., con los mismos resultados nulos; y entonces tuvo la idea de hacer aplicaciones locales de polvo de bacilo búlgaro. Volteó los párpados y aplicó el polvo sobre la mucosa tracomatosa, quedándose sorprendido del ningún dolor que esto causara. Desde el principio se manifestó una gran mejoría acentuada por la desaparición de todos los síntomas; y dos meses después de este tratamiento, a razón de dos aplicaciones diarias, el paciente no parecía haber estado enfermo de los ojos.»

*Radium. Rayos X. Rayos Finsen*—Parece que han dado buenos resultados, sobre todo el primero; pero no son recomendables para el práctico.

En su tesis de doctorado, Greiz, de San Petersburgo (hoy Petrogrado), llega a la conclusión de que el radio en el tratamiento del tracoma es superior a cualquiera otro tratamiento medicamentoso combinado con mecanoterapia, y sobre todo, al tratamiento medicamentoso puro. Para dicho autor, todo tracoma es curable aunque eso no quiere decir que todos queden curados. La ventaja del radio es manifiesta sobre todo en el tracoma de forma granulosa.

Por su parte, el profesor Prokopenko también se manifiesta partidario de los buenos resultados del radio, a cuyos rayos reconoce «una acción bactericida indiscutible. Por su fuerza destructora de los elementos foliculares y su acción bactericida, los rayos del radio disgregan y disuelven el agente patógeno, y devuelven a la conjuntiva su estado normal histológico y funcional.» Por la certeza de la acción, aconseja el

autor que todo médico oculista debe proveerse de un tubo radioactivo para tratar las granulaciones tracomatosas.

Por otro lado, el profesor Fortunati dice que no ha obtenido con el uso del radio resultados satisfactorios, salvo el caso de que se le combine con otros medios (cauterizaciones y mecano-terapia). De donde resulta que en esta cuestión de actualidad, es necesario tomar con reservas los efectos asombrosos, siempre hijos de un entusiasmo sano, pero nada benéfico para los pacientes.

*Ionización*—Se ha ensayado con las sales de zinc y de cobre, pero aún está al estudio.

*Termocautia y galvanocautia*—Son procedimientos que dan buenos resultados en manos muy hábiles, pero nada recomendables sino en esas condiciones, por su tendencia a cicatrices viciosas.

*Tratamiento quirúrgico y mecánico*—Mientras que el tratamiento médico se dirige de preferencia al período agudo del tracoma, el período crónico, o el de las lesiones consecutivas a la enfermedad, requieren, por regla general, las intervenciones quirúrgicas o los métodos mecánicos. Entre las primeras contamos:

*Escarificaciones*—En las granulaciones profundas y de volumen considerable, este procedimiento da muy buenos resultados, mas a condición de que se le emplee combinándolo con diversos tópicos medicamentosos.

*Raspado*—Puede decirse de este procedimiento que es el que menos desilusiones causa y el que está más al alcance de los prácticos.

El doctor Jacovidés lo ha erigido en método exclusivo en su práctica, que es bastante considerable; y son tan notables los resultados, que en visita reciente que hizo a París, puso a prueba su procedimiento, con muy buenos resultados, en el servicio del profesor Lapersonne, por insinuación de este profesor.

El método empleado por el doctor Jacovidés para el tratamiento del tracoma es mitad quirúrgico y mitad médico, por cuanto él hace seguir el raspado, a partir del día siguiente y durante seis a ocho, de cauterizaciones con solución de nitrato de plata al 2 por 100, hasta la desaparición completa de la secreción; y luego emplea el sulfato de cobre bajo la forma de glicerolado al 1 o 2 por 100, según la intensidad de la afección. La operación, por lo demás, nada tiene de extraordinaria, pues consideramos detalles meramente personales las pequeñas variaciones que el autor cree haber introducido en el acto operatorio.

*Escisión*—La escisión combinada por el método de Heissrath o la escisión simple del tarso por el método de Kunht, son aplicables, según el consejo de Puscarin (Elena) en ciertas formas de conjuntivitis crónica granulosa, en que las granulaciones están localizadas en la región tarsiana. La verdad es que estos métodos sólo pueden ser aplicados por cirujanos oculistas de gran práctica, porque de lo contrario es casi seguro que las manos inexpertas empeorarán la situación de los enfermos.

Como *procedimientos mecánicos* reputamos: la *expresión* del contenido de las granulaciones

por medio de las pinzas de Knapp, Kuhnt y Pilz; el *masaje*, muy recomendado por Panas, y el *cepillado*, ideado y puesto en práctica por primera vez por Manolesco.

Ahora, si hemos de dar nuestra opinión acerca del valor experimental, o mejor dicho, acerca de nuestra experiencia en los diversos procedimientos que hemos mencionado, diremos que nuestra manera de proceder se funda en las reglas siguientes: *período agudo*, con hipersecreción, fotofobia, hiperemia conjuntival, etc.; cauterizaciones con nitrato de plata, previa anestesia y lavados con solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 1,000.

*Período de estado* con poca secreción, granulaciones frambuesas o foliculares, y atenuación de los síntomas precedentes: cepillado o raspado, seguidos de cauterizaciones con preparaciones de cobre mitigadas (glicerolado de sulfato o lápiz de Ginestous). Si las granulaciones no son muy viejas, preferimos el cepillado según la técnica de Puscarin; y si, por lo contrario, se trata de una afección antigua, empleamos el raspado, según la técnica de Darier. Para estas operaciones empleamos anestesia local en los adultos, y general en los niños.

*Lesiones consecutivas y complicaciones*: las tratamos según su naturaleza. El pannus, por ejemplo, que es la más frecuente de todas y una de las más terribles, lo tratamos por la peritomía, ya sea hecha con incisión o con galvanocauterio.

Por regla general, lo que importa para tener buen éxito en el tratamiento del tracoma, es no abandonar el paciente y escoger concienzuda-

mente, en cada caso, el procedimiento más adecuado. Todos los casos son curables con tal que se llenen cumplidamente los dos deberes profesionales apuntados.

### CONCLUSIÓN

Como siempre se ha dicho que prevenir vale más que remediar, creemos que, para poner fin a estas consideraciones, nada mejor podemos hacer que reproducir aquí las reglas de profilaxis que traducimos de la última edición de la obra *Lehrbuch der Augenheilkunde*, del profesor Axenfeld:

«Cuando el paciente esté en capacidad de volver a su trabajo, a la escuela, etc., porque haya desaparecido la secreción, debe durante toda su vida tener para sí su propio baño, toallas, pañuelos, cama y ropa de cama; y en el período agudo, hasta sus propios utensilios de trabajo, de comida, vasos y platos cuando sea posible. Estos últimos sólo podrán volverse a usar previa una escrupulosa limpieza.

«Para la práctica de estas medidas el aislamiento será tanto más conveniente cuanto necesario parezca el uso separado de los objetos comunes. Ahora, particularizando, diremos:

«a) En las casas privadas, clínicas y familias, el aislamiento parece que está de más.

«b) En las aglomeraciones de personas (labradores, fábricas, orfelinatos, etc.) se debe colocar a los tracomatosos en cuarto aparte y aun no permitir el uso indistinto de los útiles en dicho cuarto, a fin de que no se reinfecten los

casos en vía de curación. Por ninguna circunstancia se debe exponer a la infección con tracomatosis ni aun a los sospechosos de tracoma. Si los útiles de lavado y demás se mantienen debidamente separados, puede permitirse a los sospechosos estar con los sanos, o prevenirlos antes de cada contacto con los tracomatosis.

«c) En las escuelas de niños se requieren energías medidas con los enfermos de tracoma. En todo caso, los siguientes puntos de vista se pueden considerar generalmente aplicables:

«1. Los niños que padezcan de tracoma deben retirarse de la escuela, en tanto que no desaparezca la secreción.

«2. Si en una escuela aparece el tracoma, se debe examinar a todos los niños y niñas. Al hacer la confirmación del diagnóstico, se debe evitar el confundir la enfermedad con las *granulaciones escolares* (*Schulfollikeln*) y el simple catarro de la conjuntiva. A los niños tracomatosis se les someterá a tratamiento; y según el caso y el número, se les impedirá asistir a la escuela hasta que no termine el tratamiento adecuado (expresión, masaje, etc.), lo que puede ocurrir dentro de pocas semanas. No obstante, la asistencia a la escuela puede permitirse durante el tratamiento consecutivo—que, para ser perseverante y continuo, requerirá meses,—así como en las formas de tracoma no agudo, pues de otro modo el desarrollo del niño experimentará hondas perturbaciones. Acerca de esto, sin embargo, se debe observar que tales niños deben colocarse en bancos aparte; deben usar solamente sus propios objetos de servicio, y no

tomar parte en los ejercicios gimnásticos y juegos de la comunidad.

«3. En las escuelas infectadas la visita médica se debe repetir de tiempo en tiempo.

«4. Asimismo se debe examinar a los parientes del niño enfermo e instruirlos acerca del peligro de la infección.

«Para todas estas disposiciones se debe prestar, naturalmente, grande atención a la higiene de la habitación.

«Si los médicos, en combinación con las autoridades, despliegan un vivo interés en la lucha contra el tracoma, se puede esperar que se alcanzará con seguridad una supresión de la epidemia. Sólo que este trabajo debe proseguirse de modo uniforme por largos años y de acuerdo con la larga duración de la enfermedad. Igualmente es indispensable establecer un servicio de tracoma en las regiones tracomatosas.»

Ahora, si hemos de atender a nuestras propias necesidades para ver de prevenir los estragos que la infección tracomatosa está haciendo en el país, nos permitiríamos proponer los siguientes medios que no encontramos difícil de poner en práctica:

1º Estimular y formalizar la lucha antitracomatosa por todos los medios posibles.

2º Crear servicios de inspección para las escuelas y colegios, hospicios, orfelinatos, cuarteles y en general para todos los establecimientos de vida común, a efecto de impedir la propagación de la epidemia.

3º Reglamentar eficazmente el movimiento de los puertos, no hasta el abuso en que esta

medida ha sido aplicada en los Estados Unidos, donde los médicos de buque no tienen como criterio diagnóstico más que el *no equivocarse positivamente*, para el efecto de no perder el puesto, sino de modo de evitar la entrada de nuevas personas infectadas.

4º Crear en las clínicas y hospitales oficiales un servicio especial para la asistencia de tracomatosis, donde aun se les pueda aislar en caso que se necesite.

5º Procurar, por el medio más apropiado, que el público aprenda a conocer y cuidar la enfermedad, que es curable en sus comienzos, y así se impedirá de modo más efectivo la propagación del tracoma.