

de febrero fué operado, encontrándome una verdadera hernia intersticial; las asas intestinales y el epiplón se habían alojado en el tejido celular subcutáneo penetrando por el lugar de canalización y al nivel en que los puntos de sutura habían supurado. (Cerré herméticamente el vientre: toda la herida cicatrizó por primera intención). Hoy tengo el gusto de presentar á mi operado á la honorable corporación.

México, marzo 12 de 1907.

G. MALDA.

OFTALMOLOGÍA

Diagnóstico del tracoma.

El diagnóstico del tracoma es fácil en la generalidad de los casos, pero muy difícil en algunos, por la variedad de aspectos que presenta en sus tres períodos de granulación simple ó pura, succulenta y cicatricial; y la semejanza de esos aspectos con los que se ven en otras afecciones no tracomatosas.

Para proceder con método, me ocuparé separadamente del diagnóstico en cada uno de esos períodos.

Las formas incipientes del tracoma y las benignas que curan sin dejar cicatrices visibles, han pasado inadvertidas, porque ocasionan molestias tan ligeras que los enfermos no consultan sino rara vez á los oculistas. Los tratados de Oftalmología no las describen, apenas las señalan algunos como el de Fuchs en su segunda edición, única conocida hasta hoy en México. En el XII Congreso Internacional de Medicina, fueron el tema de importantes comunicaciones de las que voy á dar á conocer los principales conceptos.

El Profesor H. Knapp dijo lo siguiente: «Encontramos en New York, con alguna frecuencia, casos de oftalmía granulosa caracterizada por una disposición más ó menos abundante de gránulos tracomatosos bien desarrollados, pero sin inflamación. Los gránulos están depositados en el pliegue retrotarsal, la conjuntiva del tarso, el plie-

gue semilunar y la carúncula lagrimal. Ordinariamente se ven en los dos párpados de los dos ojos; muy rara vez en los dos párpados de un ojo solamente, se presenta la enfermedad desarrollada á un alto grado, estando el otro ojo normal.»

«Algunas veces la afección se descubre por casualidad, otras veces una sensación de pesantez ó ligero hinchamiento es lo que molesta á los enfermos; y al examinarlos se encuentra la córnea y la conjuntiva bulbar perfectamente sanas, pero la conjuntiva palpebral, sobre todo en la parte retrotarsal, densamente sembrada de granulaciones de un extremo al otro.»

«¿Esta forma no inflamatoria, se cura espontáneamente? Yo creo que sí. ¿Se cura sin cicatrices? Yo he visto casos en que no se podía distinguir á la simple vista cicatrices; sólo un ligero color blanquecino se extendía en la superficie mucosa.»

El Dr. Logestchnikow, en comunicación ya impresa, refirió haber observado en Moscow, lo mismo que Knapp en New York, formas benignas que pueden curar sin dejar huellas.

Después de haberse leído otras comunicaciones sobre tracoma, el Profesor Manolescu (de Bucarest), dijo: «He oído con sumo interés la sabia relación del Profesor Hirschberg (de Berlín) y las interesantes comunicaciones que se han hecho sobre la importante cuestión de la profilaxia del tracoma, y aprecio mucho el valor de los medios propuestos y de las afirmaciones hechas. En lo que me concierne, no podría apoyar bastante la afirmación de que en el estado actual de nuestros conocimientos, por interés de la profilaxia y de la curación radical del tracoma, debemos fijar especialmente nuestra atención en las formas incipientes de esta enfermedad, que por lo que yo he sabido, pasan inadvertidas, como si no tuvieran importancia.»

«En el curso de mis observaciones en mi país, que no carece de tracomatosos, me he interesado en todos los estados anatomo-patológicos, pero especialmente en los de las formas incipientes, pues lo repito, creo que nuestra atención no se ha dirigido generalmente de una manera seria, sino al proceso tracomatoso avanzado, y esto con gran detrimento de la profilaxia y de la curación radical de la enfermedad.»

Posteriormente, numerosos oculistas han escrito sobre tracoma,

y la inmensa mayoría, sino todos, han convenido en la existencia de esas formas, en su curabilidad espontánea sin dejar huellas ni cicatrices visibles macroscópicamente al menos, en su contagiosidad y en la necesidad que hay de conocerlas para obtener su curación radical y rápida por un lado, y evitar la propagación de la enfermedad por el otro lado.

La epidemia que tuve ocasión de observar en la Escuela industrial de huérfanos, me ha dado oportunidad de conocer esas formas. En esa Escuela un antiguo granuloso contagia sucesivamente en el espacio de tres meses á más de veinte de sus compañeros; la mayor parte llegaron al período suculento; en cuatro hubo pannus característico; en dos hay las cicatrices típicas: una línea blanca paralela al borde libre del tarso con estrías radiadas, tarso convexo hacia adelante, fondo de saco superior de la conjuntiva muy reducido, etc., etc. En cuatro existe todavía la hipertrofia papilar; pero se distinguen algunas líneas ó manchas blancas cicatriciales; en dos persisten en la parte media del tarso superior pequeños papilomas aplanados muy parecidos á los que se ven en la periquerato-conjuntivitis, y el resto de los enfermos ha obtenido su curación conservando sólo el tinte blanco lechoso de la conjuntiva tarsal superior.

Todos estos casos benignos que curaron sin complicaciones después de varios meses de tratamiento, dejando sólo el aspecto lechoso de la conjuntiva, me fueron presentados por recomendación especial que hice á los primeros alumnos que me consultaron, de llevarme á todos los que tuviesen algún malestar ó ligera irritación en los ojos. En todos hubo los siguientes síntomas: ligera ptosis, pero bien perceptible, foliculos tracomatosos característicos en los fondos de saco superior é inferior y en toda la extensión de la conjuntiva tarsal superior, secreción conjuntival casi nula, ligero lagrimeo después de exponerse á una luz intensa; ligero ardor y comezón en los párpados.

Estas formas, incipientes y benignas, cuando no llegan al período suculento, sólo pueden confundirse con la conjuntivitis foliculosa. El siguiente cuadro tomado del «System of diseases of the eye,» de Norris and Oliver, con ligeras modificaciones, da á conocer los caracteres distintivos entre esas dos afecciones:

TRACOMA.

1º Los gránulos son redondos, mal definidos, de un color blanco grisiento y muy deleznable. Firme y profundamente embutidos en la conjuntiva, el diámetro de ellos á veces es de más de 2 milímetros. Tienden á ser confluentes y forman masas ó áreas de materia tracomatosa. Se encuentran con más abundancia en el fondo de saco superior en el primer período de la enfermedad.

2º Siempre se encuentra marcada hipertrofia papilar en el párpado superior y engrosamiento de la conjuntiva.

3º El tarso á menudo se afecta.

4º Puede efectuarse la curación espontánea, quedando la conjuntiva de aspecto lechoso, ó persisten cicatrices ligeras ó extensas según la cantidad de tejido afectado.

5º En casi todos los enfermos hay ptosis más ó menos marcada.

6º Se observa el pannus tracomatoso en el 25 por ciento de los casos.

7º Los casos graves ó que no se han tratado convenientemente, dejan cicatrices cuya retracción produce triquiasis, entropión, simblefarón, etc.

CONJUNTIVITIS FOLICULOSA.

1º Los folículos son ovales ó redondeados, su diámetro nunca pasa de uno á uno y medio milímetros. Tienen un color ligeramente amarillo ó son transparentes; están dispuestos en hileras paralelas al borde libre de los párpados. Más marcados en el pliegue retro-tarsal inferior; nunca se ven en la parte media del tarso superior.

2º La hipertrofia papilar y engrosamiento de la conjuntiva, son nulos ó muy ligeros.

3º El tarso nunca se afecta.

4º Desaparece espontáneamente sin dejar huellas.

5º No existe ptosis.

6º No existe pannus.

7º No existe retracción del fondo de saco ni triquiasis, entropión, etc., etc.

TRACOMA.

8º Se observa en cualquiera época de la vida.

9º Es contagiosa.

CONJUNTIVITIS FOLICULOSA.

8º Se observa con más frecuencia en personas de menos de veinte años de edad.

9º No es contagiosa.

Estos caracteres distintivos en la generalidad de los casos, son bastante marcados para hacer el diagnóstico con facilidad; sin embargo, en la práctica se presentan casos dudosos en los que hay que seguir la evolución de la enfermedad para llegar al diagnóstico. Estos casos felizmente son raros; según Schmidt y Rimpler, en el 98 por 100 de los enfermos se puede llegar á un diagnóstico cierto. Los casos dudosos se clasifican de sospechosos.

En estos casos sospechosos, se puede utilizar para el diagnóstico el examen bacteriológico de la secreción, y el histológico de colgajos de conjuntiva. Como ya lo he manifestado en otras ocasiones, recurrí á estos medios para comprobar el diagnóstico de tracoma en los alumnos de la Escuela Industrial de Huérfanos: la ausencia de los microbios conocidos de las conjuntivitis como las de pneumococcus y otras con producción de folículos, que podrían tomarse por tracomas, autoriza á eliminar esas conjuntivitis; las preparaciones histológicas y las consideraciones que sobre ellas hizo el distinguido Profesor Toussaint, demostraron la existencia del verdadero tracoma.

No obstante haber confirmado el diagnóstico por todos los medios de que actualmente dispone la ciencia, el Dr. Uribe y Troncoso se ha empeñado en negar que hubo epidemia de tracoma en esa escuela, y para fundar su opinión ha incurrido en lamentables errores que es de mi deber rectificar.

Comenzó el Dr. Uribe por pretender que los mencionados alumnos tuvieron conjuntivitis folicular epidémica, basándose en la contagiosidad de esa conjuntivitis demostrada por la experiencia de Axenfeld y en las epidemias de conjuntivitis foliculosa que han descrito algunos autores.

Actualmente se confunde con la denominación de conjuntivitis foliculosa varios padecimientos que provocan la aparición de numerosos folículos en la conjuntiva. Diversos agentes físicos, químicos ó

microbianos pueden dar lugar á la producci3n de f3liculos; de esa variedad de causas resultan distintas clases que se pueden reducir á dos grupos, seg3n Morax, entretanto se establece definitivamente su clasificaci3n: la conjuntivitis folicular propiamente dicha, y las conjuntivitis agudas con f3liculos. Los f3liculos que se desarrollan por el uso prolongado de algunos colirios, como la eserina y la atropina, se consideran como lesiones artificiales y no entran en el cuadro de las conjuntivitis foliculosas.

Las conjuntivitis foliculosas propiamente dichas, no son contagiosas. La experiencia de Axenfeld ¹ la han repetido Sampieri, Vullo y otros, siempre con resultado negativo, y todos los autores han llegado á la conclusi3n de que no es contagiosa. Las epidemias que se han se1alado en escuelas, cuarteles, etc., se deben á la intervenci3n de las mismas causas que obrando simultáneamente sobre gran número de individuos, les ocasionan la enfermedad.

Wernick, en su trabajo leído en el II Congreso Médico-Latino-Americano, dice lo siguiente: «La mayor parte de los tratados insisten en la contagiosidad de la granulosa, pero sin hacer resaltar suficientemente que este contagio no se hace rápidamente en el espacio de algunos días, como sucede con las conjuntivitis epidémicas, sino que necesita semanas y meses para su difusi3n.»

Ahora bien, las epidemias de conjuntivitis foliculosa que han observado los autores citados por el Dr. Uribe, han afectado simultáneamente á gran número de individuos, mientras que en la Escuela Industrial, la propagaci3n de la enfermedad fué muy lenta; en tres meses se contagiaron sucesivamente cerca de veinte alumnos. Además de ese carácter distintivo se1alado por Wernick, he insistido en la curaci3n de las conjuntivitis foliculares en el espacio de algunas semanas sin dejar la menor huella, mientras que todos los enfermos de la Escuela Industrial han tardado más de seis meses en conseguir la curaci3n y ésta se obtuvo quedando la conjuntiva de aspecto lechoso en la mayor parte de los casos, y las cicatrices características en algunos en que el mal era más antiguo ó revisti3 mayor gravedad por el pannus y otras complicaciones que presentaron.

¹ La afecci3n que se provocó Axenfeld por la inoculaci3n, tuvo más parecido con el tracoma que con la conjuntivitis foliculosa, por su tenacidad; duró más de un año. (Varios autores).

Convencido al fin el Dr. Uribe de que se trataba realmente de tracoma y no de conjuntivitis foliculosa, para seguir negando que hubo epidemia de tracoma en la referida Escuela, recurrió á la palabra «serie,» sosteniendo en esta H. Academia, que me ha tocado ver una serie de casos de tracoma y no una epidemia de esa enfermedad.

Esta manera distinta de ver los hechos, merece entrar en algunas consideraciones: la palabra epidemia se aplica propiamente á toda enfermedad específica, que en un momento dado se hace más frecuente, tiende á generalizarse y presenta un número excepcional de casos. La palabra serie se ha aplicado á la repetición de varios casos que no tienen entre sí relación de causalidad, que son simples coincidencias; por ejemplo, se presentan en poco tiempo varios casos de catarata zonular, no diremos que hay epidemia propiamente dicha de cataratas zonulares; pero si se ve una enfermedad propagarse entre varios individuos que han estado expuestos á contraerla por contagio ó infección, entonces nadie dirá que hay serie sino epidemia; así al menos lo han hecho en lo referente al tracoma, todos los oculistas que han mencionado casos semejantes, de los que referiré algunos.

En el trabajo del Profesor Hirschberg, sobre repartición geográfica del tracoma, se puede leer lo siguiente: «El reino de Wurtemberg está libre de tracoma. M. Schleich (de Tubingue) escribe: En el Wutemberg el tracoma no es endémico; los casos que he observado durante 21 años, sea aquí, sea en Stuttgart, vienen todos del exterior.» «De tiempo en tiempo se observan pequeñas epidemias en casas ó en instituciones en las que se puede siempre encontrar el origen.» «Estas epidemias no se han extendido á la población.» «Desde el mes de Octubre de 1896 observo en un convento (Asilo de Niños) una epidemia de tracoma importada por un niño que llegó de Hungría. He visto diez casos de ellos, pero la mayor parte no me han sido presentados. La epidemia es benigna.»

A la observación de diez casos de tracoma benigno que se presentaron en una escuela y no se extendió á la población, se le ha llamado una epidemia de tracoma. Citas semejantes son muy numerosas en los escritos sobre esa enfermedad; en el mismo trabajo de Hirschberg se menciona otra epidemia observada por Koenigshoefer

en el Convento de Heiligenbronn, en Stuttgart: el 24 de Junio de 1896 se presentó en su consulta una religiosa acompañada de doce niñas, diciéndole que todas las pensionistas del Convento sufrían de una oftalmía y que la superiora le mandaba á esas niñas para que pudiera ver de qué se trataba y enviara remedio para las demás. Se trataba de tracoma típico. Entre las religiosas, las que se ocupaban de cuidar á las enfermas se contagiaron. Finley observó en la Casa de Beneficencia de la Habana, después de la guerra de Independencia, en que hubo acumulación de asilados en esa casa, un número considerable de casos de tracoma, y todos los oculistas que mencionan el hecho aplican el nombre de epidemia. A nadie se le ha ocurrido llamar serie de casos y no epidemia á la propagación de una enfermedad contagiosa entre alumnos que viven juntos en las condiciones bien conocidas de adquirir la enfermedad por contagio.

Para combatir el diagnóstico de tracoma, el Dr. Uribe ha sostenido, que según Morax, no se debe diagnosticar tracoma sino en los casos en que las granulaciones típicas se ven exclusivamente desarrolladas en los párpados superiores en el primer período del mal, granulaciones y pannus en el segundo y cicatrices características en el tercero.

Voy á copiar varios párrafos de los artículos de Morax, para demostrar que la manera de ver de ese autor es precisamente la contraria de la que le atribuye el Dr. Uribe.

En los «Annales d'Oculistique,» vol. CXXVII, pág. 200, dice Morax lo siguiente: «Los trabajos de Pasteur nos han enseñado la variabilidad extrema de las lesiones bajo la influencia de una sola y misma causa microbiana; han mostrado qué inconvenientes hay en basar una diferenciación en el estudio del único síntoma variable que constituye la lesión.» «En las afecciones de evolución crónica como en las agudas, se observa esa variabilidad en las reacciones de los tejidos afectados. En lo concerniente al tracoma, la observación clínica de las reacciones conjuntivales de varios enfermos en una misma familia, será más demostrativa á este respecto, que largas disertaciones teóricas. Rápidamente se convence uno de que al lado de las formas típicas de granulaciones manifiestas, existen otras en que las granulaciones parecen faltar cuando menos en un examen ma-

croscópico.» «Las variaciones se ven, tanto en la forma de las lesiones como en su intensidad; por lo tanto, debemos saber, como en todas las enfermedades, tener en cuenta este elemento de variabilidad y no exigir para el diagnóstico la presencia de lesiones típicas que no se observan sino en un pequeño número de hechos. El poder contagioso de las conjuntivitis tracomatosas en que las lesiones macroscópicamente consisten simplemente en un ligero engrosamiento de la conjuntiva tarsiana, es exactamente el mismo que el de las conjuntivitis con granulaciones típicas, y se comprende fácilmente cuántos errores se han podido cometer no considerando como afectados de conjuntivitis granulosa sino á los enfermos que llevan granulaciones muy claras de las que Arlt llamaba el verdadero tracoma.»

«Por otra parte, en el mismo enfermo se observa á menudo la misma variabilidad de las lesiones de un ojo al otro ó en diferentes puntos de una misma conjuntiva. La distinción entre una forma papilar y una forma granulosa de tracoma, no tiene pues interés, sino desde el punto de vista de la facilidad de la descripción.» En la página 204 del mismo artículo, sigue diciendo Morax: «El examen de un centenar de niños en una escuela indígena constituye el mejor procedimiento para formarse una idea de la sintomatología del tracoma. Esto es en todos casos preferible al examen de los enfermos que vienen á los consultorios ó á las clínicas; en efecto, los indígenas que van á consultar, lo hacen, ó por la aparición de un síntoma molesto, ó por el desarrollo de una complicación aguda, y se tendría una idea singularmente falsa de las manifestaciones granulosas, si sólo se atuviese uno á la observación de esos enfermos.»

Los párrafos anteriores demuestran que Morax, contrariamente á lo aseverado por el Dr. Uribe, lejos de exigir la existencia de granulaciones típicas, desarrolladas exclusivamente en los párpados superiores para hacer el diagnóstico de tracoma, dice terminantemente que las granulaciones pueden faltar macroscópicamente, al menos en muchos casos; que no se debe exigir para el diagnóstico la presencia de lesiones típicas que no se observan sino en un pequeño número de casos; que tan contagioso es el tracoma con granulaciones típicas, como el que se manifiesta simplemente con un ligero engrosamiento de la conjuntiva tarsiana, y por último, que se han podido cometer

muchos errores, no considerando afectados de tracoma sino á los enfermos que llevan las granulaciones muy claras.

Desgraciadamente esta última afirmación de Morax se ha realizado en México con alguna frecuencia. He presentado enfermos en esta H. Academia con tracoma típico; las granulaciones características existían, como lo hice notar, en la parte media de la conjuntiva tarsal superior, lo que según Morax, constituye, en el estado actual de la ciencia, la firma anatomo-clínica del tracoma, además de presentar el engrosamiento notable de la conjuntiva tarsal superior y ptosis bien marcada; estos casos se han calificado de sospechosos, porque existían granulaciones en el fondo de saco inferior de la conjuntiva, y no había pannus.

Es cierto que Morax, como todos los autores, dice que el tracoma comienza por la conjuntiva palpebral superior, pero no se infiere de allí, como lo pretende el Dr. Uribe, que las granulaciones no deben existir en la conjuntiva palpebral inferior durante el primer período de la enfermedad, pues no debe confundirse el principio que es muy efímero y sólo ha sido observado por Manolescu, Jacovides y otros, que han tenido oportunidad de examinar diariamente á personas sanas que viviendo al lado de tracomatosos, han sufrido el contagio, con el primer período que dura meses y años, pasando inadvertido muchas veces por las pocas molestias que ocasiona, á pesar de existir, como dice Knapp, para no dar lugar á dudas, granulaciones bien desarrolladas en los dos párpados de los dos ojos ó en los dos párpados de un ojo solamente. En el «System of diseases of the eye,» de Norris and Oliver, se ve la reproducción de una fotografía, según Cohon, que muestra al aspecto de las granulaciones tracomatosas en el primer período, exclusivamente en el párpado inferior. Estas citas bastan para demostrar el error de creer que durante el primer período del tracoma, no deben existir granulaciones en la conjuntiva inferior, y es de llamar la atención que el Dr. Uribe se empeñe en sostener ese error, cuando él mismo ha dicho lo contrario, como podrá verse por el siguiente párrafo, que copio del acta de la sesión del 3 de Julio de 1902, de la Sociedad Oftalmológica de México, publicada en los «Anales de Oftalmología.» Hablando de la forma tarsiana de la periquerato-conjuntivitis, dijo: «Las granulaciones son, por otra parte, de fácil distinción con

las del tracoma: mientras que éstas se presentan como elevaciones grises, translúcidas y blandas, extendiéndose á los fondos de saco y no respetando el párpado inferior, las de la peri-conjuntivitis exuberante son duras, cartilaginosas, aplanadas, dando la idea de un empedrado tosco, no se presentan nunca en los fondos de saco, quedando limitadas á la conjuntiva del tarso y están cubiertas á veces, lo mismo que el resto de la conjuntiva, de un unto lechoso especial.»

Las granulaciones translúcidas sólo se ven muy al principio del mal, luego desde el principio, y con mayor razón en todo el primer período, las granulaciones tracomatosas no respetan el párpado inferior, es decir, se ven en el párpado inferior, según el mismo Doctor Uribe.

Respecto del pannus, los errores de interpretación á que ha dado lugar son más lamentables aun, como consta en las actas de esta H. Academia.

Con motivo del último enfermo que presenté, el Dr. Uribe, después de examinarlo, dijo que no debía diagnosticarse tracoma, porque no había pannus y porque había más granulaciones en el párpado inferior que en el superior.

Todos los autores antiguos y modernos dicen que el pannus es una complicación del tracoma y han estimado la frecuencia de esta complicación en un 25 por 100, cifra que señala el cuadro de caracteres diferenciales entre el tracoma y la conjuntivitis foliculosa que he reproducido, tomándolo de la obra ya citada, de Norris y Oliver.

En México, como se verá en la estadística que presentaré, y en la Habana, según el Dr. Santos Fernández, las complicaciones son menos frecuentes y menos graves que en Europa. En Buenos Aires, al contrario, el profesor Lagleyze, en la estadística tomada en su clínica el año antepasado, hace notar que el coeficiente de las complicaciones es bastante elevado, para el pannus da el 32 por 100.

El pannus aparece generalmente al final del primer período, ó en el segundo que se ha llamado suculento, en el cual se pueden distinguir tres formas según Kuhnt, la forma incipiente en que las granulaciones conservan un tinte que varía del gris mate al gris amarillo; la forma ordinaria ó media en que las granulaciones toman una coloración roja uniforme, tienden á desaparecer en medio de las papilas hi-

pertrófiadas, dando á la conjuntiva un aspecto aterciopelado ó de frambuesa, y la forma succulenta perfecta (equisite sulzig), en la que el tejido parece vítreo, gelatinoso, las granulaciones se han transformado en bandas ó rodetes en las que macroscópicamente no se reconoce ningún folículo aislado.

El diagnóstico del tracoma en este segundo período, cuando las granulaciones son muy escasas ó no existen ya en el párpado superior, es muy difícil cuando no se ha seguido la evolución del mal. Entonces se puede tomar el tracoma por una conjuntivitis crónica. Los antecedentes del enfermo, el examen bacteriológico y sobre todo el histológico, resolverán la cuestión, pero antes de valorizar esos medios de que disponemos para hacer el diagnóstico del tracoma, debo insistir en la significación del pannus para rectificar los errores que antes he mencionado.

El pannus, como ya he dicho, es una complicación del tracoma que se presenta en el 25 por 100 de los casos. Se puede comparar con la orquitis en la blenorragia uretral. Su presencia es signo indudable de tracoma, pero su ausencia no es argumento para negar la existencia de esa enfermedad, como la ausencia de la orquitis no lo sería para negar la existencia de la blenorragia uretral.

Como aparece en el período succulento en que las granulaciones no son visibles macroscópicamente, se han emitido en el seno de esta Academia dos ideas completamente erróneas: la primera es que contrariamente á la opinión de todos los autores, existen conjuntivitis crónicas no tracomatosas que se complican de pannus. En la «Gaceta Médica,» tomo III, página 99 (segunda serie), se lee lo siguiente: «Si se consulta á los autores, se ve que el pannus de la córnea sólo lo atribuyen al tracoma ó á la escrófula (Pannus tracomatoso, Pannus escrofuloso); pero de hecho, se observan en la práctica casos de pannus debidos solamente á conjuntivitis crónicas, sin que tengan nada de tracomatosas. Sobre esta particularidad deseo llamar la atención.» Refiere el autor del artículo la historia de un enfermo que indudablemente tuvo tracoma, y continúa diciendo: «Como este enfermo, recuerdo haber observado otros: dos una señora que asistió á la clínica, el año de 1907, tratada igualmente por el jéquirity, sin resultado satisfacto-

rio, y otro que estoy asistiendo en la actualidad, en el consultorio del Hospital de Maternidad.»

«Sin duda, todos los oculistas con alguna práctica, han de haber observado casos parecidos de conjuntivitis crónicas no tracomatosas, complicadas de pannus. Sin embargo, como ya lo dije, en la mayor parte de los autores no se habla del pannus como complicación de la conjuntivitis catarral crónica.»

Es evidente que todos esos enfermos en quienes se ha diagnosticado conjuntivitis catarral crónica con pannus, han tenido tracoma típico en el período suculento perfecto en que no se ven granulaciones, sino sólo engrosamiento de la conjuntiva, y por eso se ha cometido ese lamentable error. Basta leer la historia clínica (en la que se menciona la existencia del simblefarón posterior y el examen bacteriológico en el que no se encontraron el diplobacilo de Morax que habitualmente produce las conjuntivitis crónicas, ni los bacilos de Weeks, pneumococcus, gonococcus, etc., y en cambio, se encontró un diplococcus muy pequeño, de 0.20 de milésimo de milímetro, que algunos han señalado en el tracoma, aunque ninguno lo reconoce como el agente patógeno), para convencerse de que se trataba del tracoma en ese enfermo.

La segunda idea errónea que se ha emitido en el seno de esta Academia y en la Sociedad Oftalmológica consiste en considerar el pannus como manifestación primitiva del tracoma, ó como forma corneal del tracoma. Este error proviene igualmente de no considerar como tracomatosos, sino á los enfermos que llevan las granulaciones muy claras, como dice Morax, y de olvidar que el pannus es una complicación que resulta de la extensión, de la propagación del tracoma palpebral á la córnea, como lo demuestra el examen histológico que ha hecho ver la infiltración tracomatosa en la conjuntiva bulbar entre el fondo de saco superior y el limbo corneal, y además, el éxito obtenido en su curación por la escisión del fondo de saco como lo recomendaba Galezowski y la peritomía de Furnari: ambas operaciones curan el pannus, creando una barrera cicatricial que impide la propagación del tracoma á la córnea. (Spoto, de Palermo.)

Las más recientes investigaciones histológicas, enseñan que el tracoma empieza en la adventicia de los vasos de la capa adenóidea de

la conjuntiva y de allí se propaga á los tejidos subyacentes. No teniendo vasos propios la córnea, se comprende que el tracoma nunca puede comenzar por el pannus, y por lo tanto, que éste nunca es primitivo, sino consecutivo al tracoma conjuntival que siempre existe, aunque las granulaciones no sean visibles, como la orquitis blenorragica, es consecutiva á la blenorragia uretral, aunque en el momento de su aparición no exista escurrimiento uretral manifiesto.

Respecto de la objeción que hizo el Dr. Uribe de que en el enfermo había más granulaciones en el párpado inferior que en el superior, y que en el tracoma verdadero pasa lo contrario, no tiene razón de ser, porque estando la enfermedad en el período suculento incipiente, las granulaciones del párpado superior habían desaparecido en su mayor parte: ya hemos visto que en ese período van desapareciendo hasta no verse ninguna en el exquisito sulzig; en el párpado inferior persisten más tiempo. Precisamente la observación de estos casos ha dado lugar á los errores de interpretación de que ya me he ocupado: en la misma sesión de la Sociedad de Oftalmología á la que antes he hecho referencia, á propósito del enfermo de pannus presentado por el Dr. Chacón, como puede verse en el acta publicada en los Anales de Oftalmología, el Dr. Uribe dijo: «recuerdo haber visto en el Hospital Español á un enfermo con pannus corneal de origen tracomatoso, sin granulaciones en el párpado superior y sólo dos ó tres en el inferior que eran poco visibles; había ulceraciones en el pannus, pero ninguna granulación en los fondos de saco y sólo dos ó tres folículos grises translúcidos en el inferior.» Como se ve, el Dr. Uribe ha observado casos de tracoma con más granulaciones en el párpado inferior que en el superior. La observación de estos casos dió lugar á la errónea creencia de que hay una forma corneal del tracoma.

En resumen: en el segundo período del tracoma, las granulaciones en el párpado superior son muy escasas ó desaparecen completamente, lo que ha conducido á errores de diagnóstico que se evitarán siguiendo la evolución de la enfermedad ó practicando el examen histológico de cuyo valor diagnóstico me ocuparé después.

En el tercer período la hiperemia y el engrosamiento de la conjuntiva van desapareciendo lentamente; las granulaciones si no pasaron por el período suculento, ó las papilas hipertrofiadas de las formas

mixta y difusa del tracoma, palidecen, disminuyen de volumen, se aplanan y entonces se parecen á las vegetaciones de las periqueratoconjuntivitis exuberante.

El diagnóstico se establecerá teniendo en cuenta los siguientes datos:

1º La edad: la periqueratoconjuntivitis se desarrolla sólo en la niñez y en la juventud, el tracoma en todas las edades.

2º Antecedentes de contagio: la periqueratoconjuntivitis no es contagiosa.

3º Las vegetaciones del catarro primaveral ocasionan una comezón más ó menos intensa que molesta mucho á los enfermos y se puede provocar tocándolas con una varilla de vidrio. En el tracoma la comezón nunca es tan intensa.

4º Las vegetaciones de la periqueratoconjuntivitis están limitadas á la conjuntiva del tarso superior exclusivamente, hay una línea de separación muy marcada entre la conjuntiva enferma y la del fondo de saco que sólo se ve hiperemiado. En el tracoma siempre persisten papilas hipertrofiadas en el fondo de saco superior lo mismo que en el inferior.

5º La inversión del párpado superior en el tracoma es difícil por la retracción del tarso y del fondo de saco superior de la conjuntiva, mientras que en la periqueratoconjuntivitis la inversión del párpado superior es fácil, no hay retracción del fondo de saco ni del tarso, que una vez invertido puede quedar en esa posición y ser fotografiado, mientras que en el tracoma al retirar los dedos del párpado invertido, recobra luego su posición normal.

6º La evolución de la enfermedad, además de sus caracteres propios, permite apreciar las remisiones de la periqueratoconjuntivitis en la estación de las lluvias, y sus exacerbaciones en la época de los fuertes calores, mientras que el tracoma no se modifica por la influencia de las estaciones.

7º Por último, en caso de duda, el examen histológico es decisivo: las recientes investigaciones de Schiek han demostrado el papel preponderante del tejido elástico de la conjuntiva en el catarro primaveral, lo que constituye un carácter diferencial de primer orden.

Para terminar con el diagnóstico clínico del tracoma, voy á ocuparme del valor de las cicatrices.

Los alumnos de la Escuela Industrial que se trataron desde el principio de la enfermedad, obtuvieron la curación conservando la conjuntiva el tinte lechoso sin cicatrices manifiestas macroscópicamente.

El Dr. Uribe objetó que según todos los autores, no debía diagnosticarse tracoma sin las cicatrices características, y para apoyar esa opinión leyó algunos párrafos del Manual de Oftalmología de Fuchs, edición escrita por el autor el año de 1889. Ahora bien, dice Fuchs lo siguiente: «Sólo las formas benignas y las que se han tratado oportunamente, curan completamente. En los otros casos persisten siempre consecuencias á las cuales están ligadas constantemente alteraciones durables del ojo. Estas conciernen, por un lado, á los párpados y á la conjuntiva, y por otro á la córnea.» Las consecuencias que describe Fuchs concernientes á los párpados y á la conjuntiva, son todas el resultado de las cicatrices, luego, si por curación completa no entendiera Fuchs, como todo el mundo entiende, la desaparición de la enfermedad con *restitutio ad integrum* de los tejidos afectados, es decir, curación sin dejar huellas, no establecería la distinción entre las formas benignas ó tratadas oportunamente y las otras que dejan cicatrices y sus consecuencias. Ya he mencionado las comunicaciones de Knapp, Logestchnikow y Manolescu al XII Congreso Internacional de Medicina, en las que claramente se afirma la existencia de esas formas que curan sin dejar cicatrices. Fuchs fué el Presidente de esa sesión y hubiera combatido esas afirmaciones si, como lo pretende el Dr. Uribe, no aceptara el diagnóstico de tracoma en los casos que no dejan cicatrices.

La edición de Fuchs, lo mismo que todos los tratados de Oftalmología escritos á fines del siglo pasado y que han sido los únicos conocidos en México hasta estos últimos tiempos, en lo referente al tracoma, contienen muchos errores y deficiencias. En uno de los artículos que he citado de Morax, escrito en 1902, se mencionan párrafos tomados de las obras de Panas y de Fuchs para rectificar esos errores que desgraciadamente han reproducido distinguidos compañeros en trabajos sobre tracoma escritos en 1905. En el Prefacio de

la última edición de su Manual de Oftalmología, dice Fuchs lo siguiente: «Nada prueba mejor los progresos de nuestra ciencia que hojear mis primeras ediciones. Yo encuentro en ellas expuestas opiniones que participaba entonces con mis colegas y que me parecen datar de medio siglo; tendría pena en confesar que las he profesado, si mi libro no me proporcionara una prueba innegable de ello.»

Estas palabras textuales de Fuchs demuestran el valor de las objeciones basadas en opiniones aceptadas hace medio siglo, pero reconocidas actualmente como errores aún por los mismos autores que las han profesado.

En los escritos de Morax y Junius, se reconoce igualmente la curabilidad del tracoma sin dejar cicatrices. Morax dice, que la ausencia de cicatrices no excluye la idea de una infección tracomatosa, y Junius en su estudio sobre la anatomía patológica del tracoma, asienta que un granuloma puede excepcionalmente desaparecer sin dejar huellas, y que la forma carnosa puede faltar, siendo esta la regla para los casos tratados con éxito.

Lo anterior basta para demostrar que el tracoma tratado oportunamente cura sin dejar cicatrices visibles, y que es de suma importancia, como dice Manolescu, diagnosticar las formas incipientes y benignas para conseguir la curación radical y rápida de la enfermedad y evitar su propagación, ha la que mucho á contribuido el desconocimiento de esas formas.

Termina Manolescu su comunicación antes citada con las siguientes palabras: «Esperar los caracteres clásicos del tracoma para hacer el diagnóstico, es esperar á que la infección se profundice en los tejidos y dejar libre curso á la propagación del mal» «Si atendiésemos á los enfermos desde que aparecen las primeras manifestaciones del tracoma, veríamos mucho menos tracomatosos.»

Nadie pondrá en duda la justicia de esas afirmaciones universalmente aceptadas y en contradicción completa con las ideas sostenidas por el Dr. Uribe de que no debe diagnosticarse el tracoma sino hasta que aparezca el pannus ó las cicatrices características. Con ese criterio se desconocerán, como de hecho se han desconocido, por lo menos el 75 por ciento de los casos que se presentan en la práctica; y en las actuales circunstancias, se favorecerá la propagación de

ese terrible azote, de cuyo peligro acaban de tener prueba evidente nuestras autoridades sanitarias en el puerto de Salina Cruz, con la llegada de un vapor procedente de China con emigrantes tracomatosos que han contagiado á gran número de individuos. Felizmente nuestro Consejo S. de Salubridad, con un celo digno del mayor elogio, ha dictado las medidas conducentes para librarnos de esa invasión de tracomatosos que nos están llegando de Siria, por las costas del Golfo, y del Asia, por las del Pacífico.

Mayo, 29 de 1907.

DR. LORENZO CHAVEZ.

ACADEMIA N. DE MEDICINA

Parte científica del Acta de la Sesión del día 20 de marzo de 1907.

LECTURA DE LOS TRABAJOS DE REGLAMENTO DE LOS DRES. TERRÉS, URIBE TRONCOSO Y NORIEGA. DISCUSIÓN RELATIVA AL DEL DR. URIBE TRONCOSO.

El *Dr. Terrés* leyó su trabajo de turno, titulado: «Los soplos accidentales.»

El *Dr. Uribe Troncoso* presentó el suyo relativo á «La frecuencia del tracoma en México y su profilaxia.»

Dr. Chávez.—El trabajo que acaba de leer el Dr. Uribe consta de 3 partes: la primera, relativa á la frecuencia del tracoma en México; la segunda, á su diagnóstico; y la tercera, á la existencia ó no de una epidemia. Con respecto al primer punto, está conforme en que el tracoma es raro; pero este término es muy relativo, muy vago y difícil de expresar en cifras; pues en la Habana, por ejemplo, pasa, que el Dr. Santos Fernández lo encuentra en 4 por 1,000 de los enfermos de los ojos y lo declara raro; en tanto que Finley encuentra que se presenta en 5 por 1,000 y lo declara frecuente, por lo que se ve que una sola unidad en 1,000 basta para hacer cambiar la significación del término según el criterio de quien la em-