
OFTALMOLOGIA.

EL TRACOMA EN MEXICO Y SU DIAGNOSTICO.

Rectificaciones á un artículo del Dr. L. Chávez.

POR EL DR. M. URIBE Y TRONCOSO.

En la sesión del 29 de Mayo de esta Academia, leyó el Sr. Dr. L. Chávez un trabajo titulado: "Diagnóstico del tracoma," en el cual me hace cargos tan injustificados y apasionados, que á pesar de mi deseo, manifestado aquí mismo en otra ocasión, de no volver á ocuparme de este asunto, me veo precisado á hacer rectificaciones de importancia, sin entrar, por otra parte, al terreno de la discusión personalista, tan desagradable como poco eficaz, desde el punto de vista científico.

Como el Dr. Chávez ha modificado notablemente en dicho trabajo sus primeras afirmaciones, es necesario para la mejor inteligencia de lo que yo he sostenido, remontarnos al origen de esta discusión.

En un trabajo que leyó ante la Asociación Americana de Salubridad Pública, en Diciembre de 1906, el Dr. Chávez afirmaba que existía una epidemia de tracoma en la *Ciudad de México*, y que le había sido dable observar un aumento notable en el número de enfermos de esta afección, no sólo entre la clase pobre y en una escuela de huérfanos, sino aun entre personas de la aristocracia de México, clientes suyos, que sin duda la habían contraído por contagio de sus criados. Estos á su vez, la habrían adquirido de los numerosos inmigrantes sirios y asiáticos que recientemente han arribado al país, con tracoma.

Se comprende la alarma que esto produjo en el público, la cual se reflejó en la prensa de información. Sin embargo, ninguno de los oculistas de la capital, habíamos observado nada semejante, y como mis estadísticas del Consultorio Central de la Beneficencia Pública no acusaban tampoco ningún aumento de tracomatosos, desde el período señalado para el principio de la

epidemia, me creí en el deber de negar la existencia de dicha epidemia en la *Ciudad de México*, opinión con la que estuvieron contestes, sin excepción, todos los miembros de la Sociedad Oftalmológica Mexicana, presentes en las sesiones en que se trató de esta cuestión. (1).

Posteriormente el Dr. Chávez se ha limitado á aseverar que observó una epidemia de tracoma en una *Escuela de huérfanos*, lo que modifica singularmente la cuestión. Así formulada desde el principio, no habría habido que discutir si existía, ó nó, en la ciudad epidemia de tracoma y todos hubiéramos apoyado, sin restricciones, el llamamiento hecho á las autoridades sanitarias para prevenir los peligros probables de la inmigración de sirios y asiáticos tracomatosos.

Es de advertir, sin embargo, que tratándose de una escuela en la que los alumnos son internos y tienen poco contacto con el exterior, no se comprende bien la relación que con esta epidemia podrían tener los inmigrantes granulosos.

Al negar que hubiera aumentado el número de tracomatosos en la Ciudad de México, indicamos en nuestro trabajo "Acerca del tracoma en México y su profilaxis," leído en esta Academia, que dados los caracter clínicos señalados á la afección observada en la escuela por el Dr. Chávez, nos parecía *verosímil* que se hubiera tratado sólo de conjuntivitis folicular; ni hubiéramos podido hacer una afirmación categórica, puesto que no habíamos visto á ninguno de los enfermos.

En su último trabajo, sin embargo, tergiversando los hechos, el Dr. Chávez asienta: "El Dr. Uribe y Troncoso se ha empeñado en negar que hubo epidemia de tracoma en esa escuela," y agrega que he incurrido "en lamentables errores para fundar esta opinión."

Afirma después, con una seguridad pasmosa que: "convencido al fin el Dr. Uribe de que se trataba realmente de tracoma y no de conjuntivitis folicular, en dicha escuela, recurrió á la palabra serie, en vez de la epidemia, etc"

Debo manifestar, como lo hice desde el principio, que nunca he negado que haya existido una epidemia en la *escuela* (ya haya sido realmente de tracoma ó de conjuntivitis folicular) sino en la Ciudad de México, lo cual es ciertamente distinto.

(1) Véase: Anales de Oftalmología, 1906. Págs. 365 y 396.

Al referirme á la escuela digo textualmente: "la falta, además, de cicatrices características del tracoma debe hacer inclinar la opinión en favor de una *epidemia* de conjuntivitis folicular desarrollada en una escuela, como se han señalado tantas en Europa." La palabra serie la empleé por mera concesión en los casos de la clientela civil del Dr. Chávez.

Tampoco he dicho que los alumnos tuvieron conjuntivitis folicular epidémica, "*basándome en la contagiosidad de esa conjuntivitis*, demostrada por la experiencia de Axenfeld." Para sostener la posibilidad de que en ellos haya existido la conjuntivitis folicular y no el tracoma, no me basé en *la contagiosidad* de la primera, sino en la *reunión* de los tres síntomas clínicos descritos por el Dr. Chávez en sus enfermos, á saber: la presencia constante de granulaciones abundantes en el fondo de saco inferior, desde el principio de la afección; la falta completa de panus en todos sus enfermos, excepto en cuatro, que eran tracomatosos antiguos, y por último, la ausencia de las cicatrices características del tracoma, (excepto en estos últimos).

Y aquí es el lugar de analizar los "lamentables errores" en que, dice el autor, he incurrido. El primero consistiría en sostener que el tracoma verdadero comienza siempre en el fondo de saco y la conjuntiva tarsiana superiores y sólo posteriormente se atacan el fondo de saco y la conjuntiva tarsiana inferiores; marcha opuesta á la de la conjuntivitis folicular, en la que los folículos son siempre más numerosos en el fondo de saco inferior y muy escasos, sí existen, en el superior.

Esta es la opinión de todos los autores. Morax, citado frecuentemente por el Dr. Chávez, y cuya autoridad es reconocida, dice así tratando de la conjuntivitis granulosa en la Enciclopedia Francesa de Oftalmología, tomo V. 1906 pag. 731: "Cuando se examinan la conjuntiva y la córnea comprendidas en la hendidura palpebral, no se demuestra á menudo ninguna modificación manifiesta de estas membranas. Sucede lo mismo si se invierte al párpado inferior y se estaría seguro de desconocer el principio de una conjuntivitis granulosa, si no se explora sistemáticamente la conjuntiva tarsiana del párpado superior, es decir, si no se practicara la inversión del párpado superior. Allí es donde es preciso buscar las primeras lesiones y es allí siempre donde presentan los caracteres más marcados."

Y adelante, pág. 733, agrega: "Las lesiones granulosas pueden alcanzar también el fondo de saco y la conjuntiva tarsiana inferior, pero *esta invasión supone siempre un proceso que dura desde un tiempo bastante largo, en general, después de varios meses*. Las lesiones nodulares no son nunca tan características como sobre la conjuntiva tarsiana superior."

No se puede ser más explícito; sin embargo, para demostrar lo contrario, es decir, que las granulaciones aparecen en la conjuntiva tarsiana inferior *desde el principio* de la infección de la conjuntiva superior, el Dr. Chávez, cita también al Dr. Morax, quien en un trabajo publicado en los *Annales d'Oculistique*, acerca de "La diferenciación del tracoma con las conjuntivitis agudas," asienta que "al lado de las formas típicas con granulaciones manifiestas, existen otras en las que las granulaciones parecen faltar, por lo menos macroscópicamente," de donde se infiere, según el Dr. Chávez, "que no debe exigirse para el diagnóstico la presencia de lesiones típicas, pues tan contagioso es el tracoma con granulaciones típicas, como el que se manifiesta simplemente por un ligero engrosamiento de la conjuntiva tarsiana." ¡Y esto que Morax dijo, tratando de un país eminentemente tracomatoso como es el Egipto, en el cual el 90 por ciento de la población indígena está afectado de esta dolencia, lo aplica el Dr. Chávez á México, acusando después á los oftalmólogos que ejercemos en la capital de "desconocer, como de hecho han desconocido, el 75 por ciento de los casos de tracoma que se les presentan!"

Podrá suceder que en Egipto, la frecuencia de la infección haga que se manifiesten esas formas benignas ó atenuadas en las cuales el único síntoma sea un ligero engrosamiento de la conjuntiva tarsiana, como en los focos de fiebre amarilla, por ejemplo, se presentan casos sumamente atenuados, casi irreconocibles de la enfermedad; pero en México, donde apenas tenemos 2.3 por mil, más ó menos, de tracomatosos, diagnosticar esta enfermedad sin que existan las granulaciones características, nos parece ciertamente un "error lamentable," que en este caso no habrá que cargar á nuestra cuenta.

El Dr. Chávez nos hace el cargo, al Dr. Ramos y á mí, de haber equivocado el diagnóstico en un enfermo que presentó á la Academia y en el cual encontramos granulaciones muy abundantes en el tarso y fondo de saco inferiores, faltando en el

tarso superior, y existiendo sólo algunas en el fondo de saco superior. Había, además, una conjuntivitis aguda superpuesta con abundante secreción. Los caracteres y sitio de las granulaciones, nos hicieron calificar el caso de conjuntivitis folicular, sospechosa, si acaso, de tracoma. El Dr. Chávez achaca la falta de granulaciones en el tarso superior á que habían desaparecido, "por estar la enfermedad en período succulento incipiente," repitiendo varias veces que, en dicho período, las granulaciones no existen ya. Esta denominación de período "succulento" que siguiendo la terminología de Kuhnt, tomada de Junius, adopta el Dr. Chávez, está lejos de ser aceptada por todos los autores, quienes admiten clínicamente las formas "granulosa" y "papilar" del tracoma, que casi siempre se combinan dando origen á la forma "mixta." Pero aun en la forma papilar pura, en la cual las granulaciones están ocultas por las papilas hipertrofiadas, éstas dominan la escena y dan origen á un engrosamiento de la mucosa del tarso superior característica, que le da un aspecto abollado ó aun de frambuesa, cosa que no sucedía en el enfermo que examinamos el Dr. Ramos y yo.

Junius dice textualmente: (1) "desde el punto de vista clínico se distingue: 1º La forma *succulenta perfecta*, (exquisite sulzig): el tejido parece vitroso, gelatinoso; las granulaciones se han transformado en bandas ó rodetes, en las que, macroscópicamente, no se reconocen ya granulomas aislados. 2º La forma *succulenta ordinaria*, ó media, en la que las granulaciones están engrosadas, y en la que, cuando se invierte el párpado, sale un tapón parecido al contenido de una espinilla. 3º La forma *succulenta al principio*, en la cual, las granulaciones no tienen ya el color rojo; pero tampoco, todavía, el aspecto de huevos de rana. El color varía del gris mate al gris amarillo."

Como se ve, Junius admite que en el período succulento ordinario existen granulaciones engrosadas.

Sólo hasta el período succulento perfecto, las granulaciones no son visibles, por estar transformándose en bandas ó rodetes fibrosos, característicos del período cicatricial, y entonces, la conjuntiva toma un aspecto vitroso.

Refiriéndose al panus, se me hace decir, á propósito del enfermo mencionado y torciendo la interpretación de una acta de

(1) Archives d'Ophthalmologie. 1905. pág. 121.

esta Academia; "que no debía diagnosticarse tracoma, porque no había panus" . . . ; nada más lejos de mi modo de pensar. Desde mi primer trabajo, he manifestado que únicamente por la reunión de *todos los síntomas*, y no por uno solo, el diagnóstico, tan difícil en muchos casos, puede llegar á hacerse.

Valiéndose de otra interpretación igualmente torcida, me hace decir el Dr. Chávez, que en la Sociedad Oftalmológica, habiendo asegurado yo al hacer la distinción entre el tracoma y la periquerato-conjuntivitis exuberante, que las granulaciones del tracoma "no respetan el párpado inferior," estoy de acuerdo en que se presentan allí desde el principio del mal, puesto que es, entonces, *sólo* cuando se observan las granulaciones grises y translúcidas de que hablaba entonces. Es un error importante el creer que estas granulaciones grises y translúcidas se encuentran sólo "muy al principio del mal," pues es bien sabido que en los casos antiguos de tracoma se presentan con frecuencia, brotes de nuevas granulaciones, que tienen los caracteres de las granulaciones recientes.

Respecto del panus, dice el Dr. Chávez que: "los errores de interpretación en que se ha incurrido, son más lamentables aún, como consta en las actas de esta Academia." El primer error consiste en haber afirmado que las conjuntivitis crónicas, no tracomatosas, pueden dar lugar á panus, como lo hizo el Dr. A. Chacón, en el enfermo que presentó á la Sociedad Oftalmológica Mexicana, con panus, el cual, según dice ahora el Dr. Chávez, era indudablemente originado por el tracoma en período suculento. Lo curioso del caso es, que cuando se presentó dicho enfermo en la sesión del 3 de Julio de 1902 de la Sociedad Oftalmológica, (1) yo fuí el único que sustuve que dicho panus era producido por el tracoma, mientras que el Dr. Chávez, negó fuera tracomatoso, afirmando que el enfermo era un "herpético," en el cual había venido una conjuntivitis crónica lacrimal, que había dado origen al estado panoso de la cornea.

Se vé, pues, que en este caso, el reproche de error de interpretación corresponde al Dr. Chávez y no á mí.

La segunda idea errónea, emitida, consiste: "en considerar el panus como manifestación primitiva del tracoma, ó como forma corneal del tracoma."

(1) Anales de Oftalmología. Tomo V. Septiembre de 1902.

En la mencionada sesión de la Sociedad Oftalmológica, yo manifesté, á propósito del enfemo del Dr. Chacón, que se trataba de un tracoma de forma corneal. Esto no quiere decir, sin embargo, que yo haya considerado el panus como una manifestación primitiva. Es bien sabido por todos, que hay casos de tracoma en los que, "la conjuntiva se encuentra erizada de rugosidades muy desarrolladas, sin estar acompañadas de panus, y por otra parte, panus allí donde la conjuntiva está casi lisa." (1) A estos últimos casos es á los que se ha aplicado, por algunos, la designación de forma corneal, porque es la localización corneal la que predomina, no porque se considere el panus como manifestación primitiva; de la misma manera que se habla de forma bulbar ó tarsiana del catarro de primavera, atendiendo al sitio en que predominan las lesiones, no á donde comienzan.

Pasando, por último, al estudio de las cicatrices consecutivas á las granulaciones, rectificaré la torcida interpretación que el Dr. Chávez, hace de las opiniones de Fuchs.

Basándose en que los párrafos que cité en esta Academia, de la obra de dicho autor, son de la segunda edición francesa de 1897, (2) asentó que esta edición, en lo referente al tracoma, contenía muchos errores y deficiencias, y que sin duda, en la última que ha aparecido se verían ya cambiadas las ideas del autor.

Por desgracia, para la argumentación del Dr. Chávez, no ha sido así, pues en la última edición francesa (1906) de la obra de Fuchs, hecha sobre la décima edición alemana, se encuentran sin variación, los párrafos que cité en la ocasión mencionada.

Pretende el Dr. Chávez que, al asegurar Fuchs: "que sólo las formas benignas y las que se han tratado oportunamente, curan completamente," debe entenderse por curación completa, la que se hace *sin cicatrices*, con *restitutio ad integrum*. Véase lo que dice Fuchs en otro lugar y que aclara el sentido de la frase cuya interpretación se ha desviado.

En la pág. 79, de la última edición: "En seguida la hipertrofia de la conjuntiva aumenta gradualmente, hasta que ha ad-

(1) Fuchs. Traité d'Ophthalmologie. 1906. Pág. 96.

(2) El Dr. Chávez afirma, que esta edición fué escrita por Fuchs en 1889. Esto es inexacto, pues la segunda edición francesa se tomó de la quinta alemana, que apareció por el año de 1896.

quirido cierto grado de intensidad, que no es la misma para todos los casos; luego desaparece lentamente y en el lugar en que existía, la conjuntiva se transforma en una especie de tejido cicatricial retraído. Entonces el tracoma se encuentra curado, en este sentido: que el proceso patológico específico ha concluido. En cuanto á la conjuntiva, no se puede decir, por ningún motivo, que ha tomado su estado normal; al contrario, lleva como huellas permanentes de la enfermedad anterior, los signos de una retracción cicatricial, que en muchos casos trae otras consecuencias, etc.”

En la pág. 81 añade: “la hipertrofia conjuntival es tan poco desarrollada en los casos más ligeros, y por consecuencia las *cicatrices consecutivas* tan poco importantes que, después de *algún tiempo*, se tiene trabajo en reconocer que ha habido tracoma. Otras veces la afección se cura dejando cicatrices relativamente mínimas, etc.”

Se vé, pues, que Fuchs, como casi todos los autores, considera siempre el período cicatricial como característico é inseparable del tracoma, aun en las formas benignas. Este criterio lo afirma aun más, cuando al establecer el diagnóstico diferencial entre el tracoma y la conjuntivitis folicular, dice: “Desde luego, el catarro folicular no se acompaña, ó solamente á un grado ínfimo, de hipertrofia papilar de la conjuntiva; no produce nunca ni retracción de la conjuntiva, ni panus, ni ninguna de las consecuencias del tracoma. Es una afección absolutamente sin peligro. Cura, por otra parte, espontáneamente, *sin dejar huellas, de manera que sólo por este motivo la distinción entre estas dos afecciones no es solamente teórica, sino aun, prácticamente, de una gran importancia.*

Para demostrar su tesis de que “el tracoma tratado oportunamente, cura sin dejar cicatrices visibles,” cita el Dr. Chávez las opiniones de Knapp, Morax y Junius.

Es exacto que Knapp ha descrito una forma de “tracoma folicular no inflamatoria;” pero en ella las granulaciones se desarrollan en la conjuntiva *sin huellas de inflamación*, y han sido consideradas como análogas á las hipertrofias adenoides nasofaríngeas. Se parece, pues, esta forma, más bien, á la conjuntivitis folicular pura, en la cual la mucosa intermedia á las granulaciones, no está inflamada ni engrosada.

La cita que de la opinión de Junius hace el Dr. Chávez, es incompleta, pues aunque aquel autor dice que *excepcionalmente*, el granuloma puede desaparecer sin dejar huellas, ésto no quiere decir que la excepción sea la regla general. Por el contrario, Junius al tratar de la *formación conjuntiva é involución cicatricial del granuloma*, (1) describiendo el tejido conjuntivo cicatricial, que cree nuevo y proveniente de los vasos, dice: "En la época en que vendrá la desaparición de una parte de las celdillas del granuloma, será cuando el tejido conjuntivo se desarrollará; poco á poco todo el granuloma desaparecerá y no persistirá sino un *tejido cicatricial*. Es la *curación*; aquella á la cual deben de tender todos los procedimientos terapéuticos."

Después agrega: "la reabsorción espontánea del granuloma es excepcional; la característica del granuloma, *siendo precisamente no curar, sino á precio de una cicatriz*."

Por último, refiriéndose á los casos de granulaciones tratadas mecánicamente, por la expresión de Kuhnt, en las cuales se encuentra un tejido cicatricial muy claro en la capa aderoide, termina: "se debe quedar convencido de que no se puede curar el tracoma, sino produciendo un plastrón cicatricial."

Morax, afirma, es verdad, que la formación de cicatrices no es constante en el tracoma, habiendo visto en Egipto casos de hipertrofia papilar que desaparecían sin dejar cicatrices, y que considera tracomatosos, en contra de la opinión del Dr. Eloui Bey y de la expresa de De Wecker, quien dice en su artículo acerca del "carácter diferencial de las granulaciones y de las inflamaciones de la conjuntiva:" es pues particularmente sobre este carácter deformante de las granulaciones, sobre la *evolución de la cicatriz* que sigue á la desaparición de la granulación, sobre el *desgaste* progresivo de la conjuntiva y del tarso sobre lo que se basa el diagnóstico del tracoma....."

De todas maneras, la existencia de estas formas atenuadas de tracoma que curan sin cicatriz, no está reconocida, como afirma el Dr. Chávez, "por la inmensa mayoría de los oculistas," sino que, por el contrario, está aún en estudio y no debe de considerarse como resuelta actualmente. Quizá no lo será, por otra parte, hasta que se encuentre el germen productor de la enfermedad

(1) Archives d'Ophthalmologie, analisis por el Dr. H. Coppez. 1905. Pág. 122.

ó se hagan inoculaciones de estas formas á los animales, con éxito.

Por estas razones y dada la gran dificultad que hay á veces en diferenciar el tracoma de la conjuntivitis folicular, es necesario, como lo he dicho, desde el principio, basarse en la reunión de varios caracteres clínicos y no en uno sólo para formular un diagnóstico correcto.

Nunca he asegurado, como me atribuye el Dr. Chávez para las necesidades de su réplica, que no deba diagnosticarse el tracoma, sino hasta que aparezca el panus ó las cicatrices características. En los casos típicos, el diagnóstico se hace desde el principio, por los caracteres de las granulaciones y su sitio de predilección en el tarso y tondo de saco superiores; pero en los casos *dudosos*, la evolución de la enfermedad y sus terminaciones son las únicas que afirmarán la identidad nosológica de la afección.

Para hacer la distinción entre el tracoma y la conjuntivitis folicular, el Dr. Chávez copia de la obra de Norris y Oliver, un cuadro que marca los caracteres distintivos de ambas; pero lo altera de tal manera, con adiciones y supresiones numerosas, que en rigor dicho cuadro no tiene ya fuerza probatoria y es sólo el reflejo de lo que piensa el Dr. Chávez, como podrá comprobarlo todo aquel que compare ambos cuadros.

Por último, sostiene también mi contradictor que: "la curación de las conjuntivitis foliculares se hace en el espacio de algunas semanas sin dejar huellas, mientras que todos los enfermos de la escuela industrial han tardado más de seis meses en curarse....."

No es esta la opinión de los autores. Fuchs dice: "tienen importancia los folículos, en este sentido: que su presencia presagia una larga duración de la enfermedad. En los casos crónicos, los folículos quedan durante años en la conjuntiva"..... Morax señala que: "la evolución de los folículos es extremadamente lenta; se puede seguirlos durante semanas y meses....."

En resúmen, el Dr. Chávez en su último trabajo se limita ya á hablar de epidemia de tracoma en una escuela, no en la Ciudad de México; pero sostiene que en los alumnos que observó

(1) Annales d'Oculistique. 1902. Pág. 44.

(2) Ibid. Pág. 47.

se presentó la forma benigna de tracoma, que curó sin dejar las cicatrices características.

Conseguido el objeto de mi primer trabajo, el que fué negar la existencia de una epidemia de tracoma en la capital, creo haber rectificado, desde el punto de vista doctrinario, los asertos y erróneas interpretaciones del Dr. Chávez, llevando al ánimo de los Señores Académicos la convicción de que me asiste plena justicia en mis afirmaciones. Por lo demás, y siendo enteramente inútil la continuación de una discusión que considero agotada, no volveré á ocuparme más en esta cuestión, esperando que, como sucede siempre, el tiempo convencerá aún á los más apasionados de mis contradictores.

México, Junio 12 de 1907.

DERMATOLOGIA.

LA TUBERCULOSIS DE LA PIEL EN LA CIUDAD DE MEXICO.

Las observaciones recogidas durante un poco más de dos años en la Sección de Enfermedades cutáneas y sifilíticas del Consultorio Central de esta Capital, han servido de base al presente trabajo, y para no quitarle el carácter práctico que le da su origen, me abstendré de citar las discusiones de doctrina á las que da lugar este importantísimo capítulo de la patología de la piel, y sólo haré las consideraciones que naturalmente se relacionen con los datos recogidos.

En 5268 enfermos cutáneos atendidos en el mencionado Consultorio, del 7 de Febrero de 1905 al 20 de Abril de 1907, hubo 46 casos de tuberculosis de la piel, repartidos como sigue:

Gomas tuberculosas	19
Lupus eritematoso.....	11
Lupus tuberculoso plano	7