

Comentario al trabajo del Doctor Tomás G. Perrín

SEÑORES ACADÉMICOS:

POR EL DR. RAFAEL SILVA

Cuando revisamos la literatura médica relativa al padecimiento designado con el nombre de «tracoma», nos sorprende verdaderamente la confusión que se ha introducido en su estudio, debido a la aplicación imprecisa de algunos términos. Así por ejemplo, vemos llamar folículo lo mismo a las formaciones foliculares de origen linfático que se encuentran en la conjuntiva normal, que a las pequeñas elevaciones que aparecen en la conjuntivitis enteramente benigna, tan frecuente en los jóvenes, llamada conjuntivitis folicular, como también a las formaciones nodulares de la conjuntivitis granulosa o tracoma. El término mismo de granulaciones, carece de una connotación precisa; y sería preferible llamar gránulos a las elevaciones que se encuentran en la conjuntiva y que han dado a esta enfermedad el nombre de tracoma.

Como desgraciadamente el elemento etiológico de esta enfermedad está por encontrar, lo que indudablemente vendría a poner en orden nuestras ideas, como ha sucedido en el conocimiento de la conjuntivitis diftérica, dando a conocer todas sus variedades y formando una entidad nosológica bien definida, el estudio de la conjuntivitis granulosa está erizado de dificultades y lleno de incertidumbres, por las variadas, diversas y aún contradictorias opiniones que se encuentran en los libros clásicos, no sólo en la época en que la Bacteriología no prestaba aún su importantísima ayuda, al descubrir las infecciones sobreadidas que habían hecho descarriarse en la descripción clínica de la infección, sino aún en nuestros días al tratar de darse cuenta por las enseñanzas de la anatomía patológica, de la diferenciación y relaciones entre los elementos siguientes: formaciones foliculares de la conjuntiva aparentemente normal, o sean los folículos fisiológicos, la conjuntivitis folicular simple, los folículos que se presentan en algunas afecciones agudas de la conjuntiva y los gránulos del tracoma que, como decía muy bien nuestro estimado compañero el Sr. Dr. Perrín, deben considerarse como granulomas infecciosos.

Estimulado por el trabajo del Dr. Perrín, decía yo que es indispensable que todos y cada uno de los miembros de la Sección de Oftalmología externaran su opinión acerca de esta temible dolencia, porque la propagación de esta enfermedad se hace sentir en nuestro país, que sufrirá más tarde, todas las consecuencias que han tenido que reportar todos aquellos países que no se han sabido defender a tiempo de esta plaga que ha sido un verdadero azote de la humanidad. Por eso me he atrevido a tratar de cumplir mi cometido, para que las luces que produzca mi discusión, sean para mí también, fuente de enseñanza en tan delicado asunto.

¿Existen al estado normal formaciones foliculares en la conjuntiva?

Se ha discutido si existen deformaciones linfáticas nodulares en la conjuntiva al estado normal. Testut, dice: «el dermis conjuntival se compone esencialmente de un estroma conjuntivo, en cuyas mallas se encuentran conjuntos de celdillas linfáticas. Esta infiltración linfática es muy variable según los sujetos; siempre más considerable en las capas superficiales que en las profundas ha sido señalada, primero, por Bendz y por Henle. Ha sido descrita de nuevo como una disposición constante y normal por un gran número de histólogos, entre los cuales citaré a Krause, Stieda, Waldeyer. No es, sin embargo, sino una infiltración difusa de celdillas linfáticas. Los verdaderos folículos linfáticos, que son tan numerosos en algunos animales (formando las placas de Bruch), son excesivamente raros en el hombre, según las investigaciones de Stieda y de Ciaccio, tan raros, que Waldeyer no los ha podido encontrar nunca sobre las diferentes conjuntivas que ha examinado a este respecto». Schaffer dice al hablar del tejido conjuntival: «muestra éste una infiltración abundante de elementos linfoides, entre los cuales, plasmocitos en gran cantidad. Principalmente en la porción de la conjuntiva tarsal, en su parte alejada del borde palpebral y también en el fornix, se condensa el tejido linfoide formando folículos linfáticos solitarios, cuya presencia presenta grandes variaciones individuales y que pueden aumentarse en las irritaciones de la conjuntiva. Szymonowicz confirma la formación, en ciertas circunstancias, de los nodulos linfáticos, pero añade: es difícil decir con certeza hasta qué punto podemos considerarlos como normales, añadiendo que en el fornix se pueden contar hasta veinte. Axenfeld afirma que la capa adenoide se presenta solamente en la conjuntiva de los tarsos y de los fondos de saco; que ella contiene celdillas linfáticas microscópicas y que, en la mayoría de los adultos, existen pequeños folículos aislados, los cuales quizá sean el resultado de la irritación constante a que está expuesta la conjuntiva durante la vida. Fuchs dice: la conjuntiva está expuesta más que cualquiera otra membrana a influencias exteriores y, por lo tanto, sobrevienen frecuentemente ataques de hiperemia en el curso de la vida y pueden, finalmente, producir

una alteración permanente de la mucosa. Esta es la causa probablemente de las variaciones en el grado de la estructura adenoide de la membrana. Se encuentran en la conjuntiva normal plasmocitos y pequeños nódulos constituidos por celdillas linfáticas, aumentando éstas, según el grado de irritación y la frecuencia de ella. Greeff nos dice; muchos autores consideran los folículos como una formación normal en la conjuntiva humana. En muchos animales domésticos indudablemente que se encuentran constantemente y, por lo tanto, pueden considerarse como fisiológicos. Leber recomienda, para encontrarlos en la conjuntiva del perro, tratar la membrana por el ácido acético solo o mezclado con un medio por ciento de ácido sulfúrico. Los folículos al hincharse aparecen como cuerpos opacos y si se tratan con una solución de alumbre y carmín se les verá teñidos vivamente de rojo. Sattler ha estudiado una gran cantidad de fondos de saco de conjuntiva humana, fijados en solución débil de ácido sulfúrico o pícrico, con el tarso y la fascia tarso-orbital, (con exclusión de la piel, del músculo y del tejido celular subyacente); teñida la preparación después, con alumbre y carmín, y extendida entre dos láminas de vidrio con bálsamo de Canadá, no obstante que en estas condiciones se podían ver a débil aumento, el cuerpo papilar, las glándulas de Meibomius y las tubulo-asinosas, no pudo nunca comprobar la presencia de folículos. Se puede precisar actualmente, sigue diciendo, que el folículo en la conjuntiva normal no es una formación regular y fisiológica sino que nacen frecuentemente sobre irritaciones diversas (químicas, térmicas y bacteriológicas). Por otra parte, debe recordarse que no toda irritación por intensa o duradera que sea, puede originar la formación de folículos, sino que parece que es necesario un elemento específico. Las conjuntivitis crónicas por largas que sean, las infecciones como la gonocócica o la diftérica, no se acompañan de formación de folículos, los que vemos aparecer, por otra parte, no sólo en ciertas clases de conjuntivitis, sino bajo la influencia de una acción química (atropina, eserina, etc., etc.)

Esta discusión tiene una grande importancia, porque numerosos autores han creído que ellas eran el punto de partida de las alteraciones de la conjuntivitis folicular y de la conjuntivitis granulosa.

Se está de acuerdo actualmente, que a más de los caracteres clínicos por los cuales debe de separarse estrictamente la conjuntivitis folicular y la granulosa, (predominio de nódulos, en la primera, en el fondo del saco inferior y en la granulosa en el superior; falta de reacción conjuntival en la primera y reacción intensa de la membrana en la segunda; más pálidos que la mucosa y arreglados como hileras de perlas en la primera, rojizas y de agrupación irregular en la granulosa; acompañada de adenoides la folicular y de caída de párpado la tracomatosa), hay, aún,

como distinción decisiva, que la conjuntivitis granulosa tiende siempre a terminar por cicatrices atacando el párpado y frecuentemente la córnea, cosa que no se observa nunca en las conjuntivitis foliculares simples (foliculosis conjuntival) o en los nódulos que se presentan en variadas afecciones inflamatorias de la conjuntiva.

Se ha buscado la diferenciación de la constitución anatómica del folículo y del granuloma tracomatoso, pero todos están de acuerdo que el microscopio es impotente para resolver hasta ahora la cuestión. Ya ustedes han oído la brillante descripción del Dr. Perrin acerca de las alteraciones epiteliales con las glándulas de Ivanhoff y la del granuloma mismo, que creo inútil repetir. Y aún clínicamente el diagnóstico diferencial es, en muchos casos, muy difícil y sólo la evolución de la afección puede aclarar la cuestión. Hay que tener en cuenta que las formaciones nodulares llamadas folículos benignos de la conjuntiva, es decir, aquellos que desaparecen sin dejar huella, se presentan en condiciones muy diversas: en conjuntivas sanas, como se observa entre los escolares, llamadas «foliculosis conjuntival» o acompañando estados inflamatorios de la mucosa, sea por irritación química, (catarro atrópico) o por agentes infecciosos diversos; (conjuntivitis folicular aguda tipo Beal y en las que se encuentran en otras conjuntivitis agudas y la de piscina). En consecuencia, la anatomía patológica, en cada uno de estos casos, tiene que variar naturalmente, según las circunstancias, mostrando en unos casos la integridad absoluta del resto de la mucosa o mostrando infiltraciones de la membrana variables, según la intensidad y actividad de la afección que ha determinado su aparición. La misma incertidumbre existe para determinar qué grado de transmisibilidad presentan, pero es un hecho comprobado que pueden ser transmisibles, como lo demostró Axenfeld inoculándose un folículo de una conjuntivitis folicular sin agente patógeno conocido y obteniendo un resultado positivo, desapareciendo el folículo por sí solo y sin necesidad de algún tratamiento.

Mayou opina que el gránulo tracomatoso es más rico en plasmacitos que el folículo simple; pero no encuentran medios de diferenciación anatómica entre ellos ni Morax, Herbert y Parsons, Schweinitz, ni Greef, Roemer, Brückner y Meisser, Axenfeld y Fuchs y como se ha confirmado la presencia de las celdillas de Villard y de Leber en ciertos folículos simples, se les ha restado mucho su valor característico en el tracoma, como se les había señalado, máxime cuando se sabe que se encuentran también en otras partes como en los ganglios linfáticos en hiperactividad. Hay que notar, sin embargo, con Morax, que no es sino en la conjuntivitis tracomatosa en la que se encuentran tan constantemente y que en las conjuntivitis foliculares, que no corresponden al tipo clínico del tracoma, estas celdillas faltan completamente. La interpretación que se ha dado a la formación de los fo-

leucos depende, repetimos, del tipo clínico a que se refieren. Así en los casos que no se acompañan de ninguna reacción de la mucosa, que son claramente visibles, superficiales y que desaparecen por absorción, algunos los consideran como simples estasis de los linfáticos. Pero aquellos que se acompañan de reacción de la mucosa, como se presentan en casos tan diversos, ya infecciosos o por irritación química, como en la conjuntivitis atrópica, en que Villard afirma que no pueden distinguirse de los granulomas tracomatosos, fuerza es confesar que deben ser considerados no como una entidad patológica, sino como un síntoma que se manifiesta bajo la influencia de diversas y variadas causas, lo que explica que puedan ser transmisibles o no, según la causa originaria. En cuanto a su relación con los folículos fisiológicos, como su significación fisiológica, aún está muy discutida, creo como dice Morax que sólo podrá resolverse la cuestión experimentalmente, estando ambos favorecidos por la infiltración linfática normal que se encuentra en la conjuntiva desde el primer año de la vida. La conjuntivitis de piscina se caracteriza por formación de folículos abundantísimos, acompañados de irritación aguda de la conjuntiva o de una irritación moderada, formas agudas y subagudas, presentando ptosis y relativamente poca secreción. Los fenómenos objetivos son insignificantes en relación con el enorme hinchamiento de la membrana. Generalmente unilateral en su principio, se manifiesta en el otro ojo poco tiempo después. El aspecto clínico es absolutamente parecido al del trauma, invasión de ambos fondos de saco y de la carúncula, ptosis, duración de meses, en los casos que he observado en el extranjero y en seis que he tenido oportunidad de estudiar aquí. Todas estas lesiones, inclusive algunas infiltraciones de la córnea, y ligeras pérdidas de substancia, desaparecen sin dejar huellas. Así, pues, deben de incluirse hasta ahora, ya que todavía no se conoce tampoco su agente causal, en el grupo de las conjuntivitis acompañadas de formaciones foliculares, pero del subgrupo transmisibles; pues atacan no sólo a los que se bañan sino también a las personas en contacto con enfermos de esta clase. Hecho este paréntesis, volvamos a nuestro estudio del tracoma.

Villard asimila la granulación tracomatosa a un órgano linfático, al cual terminaría un vaso linfático. Morax, dice: yo no creo que haya lugar a detenerse en esta interpretación porque, lo repito, en la conjuntivitis granulosa las granulaciones son inseparables de las infiltraciones difusas y que, por otra parte, otros procesos infecciosos pueden dar lugar a lesiones idénticas. Para él la granulación indica un punto en que la batalla es más enérgica, donde los fagocitos defensores del organismo combaten más eficazmente al parásito invasor.

Si pues varias son las condiciones etiológicas capaces, clínicamente, de producir la formación de nódulos y si, por otra parte, no es posible el dis-

tinguir histológicamente el folículo del gránulo tracomatoso, fuerza es buscar si se pueden encontrar algunos otros elementos que nos guíen en la comprensión del proceso tracomatoso. En otros términos, las formaciones de gránulos es lo característico del tracoma ¿es lo único que demuestra la lucha entre el agente causal y la defensa de la mucosa?

Algunos autores dan preferencia al estudio de las granulaciones únicamente y tan sólo hacen mención de las otras alteraciones que puedan encontrarse en el resto de la mucosa; pero el proceso tracomatoso se acompaña de una reacción general de la mucosa, infiltración difusa de la capa adenoide, con formación, tanto de gránulos como de papilas. Estos dos elementos pueden ser más o menos aparentes clínicamente y predominar uno sobre el otro, aún en diferentes brotes en un mismo enfermo, pero; desde que se han separado y descartado las super-infecciones que se presentan en los enfermos de tracoma, descartando también todo brote agudo como sospechoso de una complicación, la división de forma papilar y de forma granulosa, ha perdido toda importancia y se le considera actualmente como enteramente artificial. Fuchs ha demostrado que aún en aquellas formas en las que clínicamente no pueden advertirse las granulaciones, éstas se muestran casi siempre al microscopio, asegurándose así la participación que ambos síntomas tienen en el proceso tracomatoso. Greeff, altamente conocido por sus estudios de anatomía patológica ocular, y principalmente del tracoma, dice: "no me atrevería a diagnosticar tracoma, si faltase la reacción del cuerpo papilar y, en esto, están de acuerdo la mayoría de los autores. Si se encuentran los folículos en una membrana sin hincharse ella misma, no se trata en estos casos de ningún tracoma. El gránulo tracomatoso trae consigo los signos de una severa infección, es decir, una reacción de su alrededor. Por lo tanto, no puede haber un tracoma únicamente granuloso. Mucho menos existe un tracoma exclusivamente papilar. Existe una disposición ligeramente papilar en la conjuntiva tarsal de la mayor parte de los adultos. Esta formación papilar aumenta con la intensidad y duración de toda inflamación. La vemos en las conjuntivitis crónicas y mucho más marcada en la intensísima infección blenorragica; pero en ningún caso puede sospecharse algo tracomatoso. Sólo la asociación de papilas y de gránulos es lo característico del tracoma. "Ya se ve por esto, que el folículo no es lo esencial del tracoma, que toda la mucosa está hipertrofiada en su capa adenoide y que papilas y gránulos son formaciones originadas por la primera. Indudablemente que si la inflamación es más aguda, la formación papilar será más marcada y velará la formación granulosa. Las papilas, como es natural, se desarrollan, de preferencia, en los fondos de saco, a donde la mucosa está menos adherida; esta adherencia influirá también en el desarrollo de los gránulos. Las papilas de gran dimensión son

fáciles de reconocer y cuando se invierten debidamente los párpados, se presentan en los fondos de saco y se advierten fácilmente, siendo diverso su tamaño, según la cantidad y tamaño de los gránulos que encierran y según su propio desarrollo. Según la adherencia de la conjuntiva, los folículos varían igualmente en tamaño y aspecto, lo que había hecho pensar a algunos que los folículos de la parte tarsal, por su poco tamaño y poca prominencia, se designaran con el nombre de "granulación elemental", nombre poco apropiado porque no revela ningún carácter especial del gránulo sino su situación anatómica. En los fondos de saco, principalmente en el superior, se les encuentra bajo la forma de gránulos grisáceos, arredondados, translúcidos, apareciendo en las capas superficiales de la mucosa, que levantan en forma semi-esférica; por su aspecto gelatinoso, se les ha comparado a granos de sagú cocidos, observándose claramente la reacción inflamatoria que produce el borramiento de sus contornos. En la conjuntiva tarsal, por su adherencia, se presentan bajo la forma de puntos velados, pequeños, amarillentos y profundos, de tal modo, que muchas veces se ocultan bajo el aspecto afelpado de la mucosa originado por el desarrollo de las papilas, que aún cuando pequeñas en esta región bastan por este carácter afelpado, para establecer su importancia en el diagnóstico.

Algunas veces la formación granulosa de los fondos de saco es muy abundante, se vuelven confluentes, formando el tracoma gelatinoso de Stelwag. Una región que sirve mucho para el desarrollo favorable del proceso, es el pliegue semilunar, que es necesario estudiar siempre con gran atención.

La infiltración difusa de la capa adenoide, da también lugar a otro carácter de la más alta importancia: el borramiento de los contornos de las glándulas de Meibomius. Se comprende que este aspecto puede variar clínicamente en relación con el grado de infiltración general y que, cuando bajo la influencia de un tratamiento adecuado, los fenómenos congestivos ceden un poco, las papilas disminuyen en tamaño y los gránulos se muestran más claramente. Hemos mencionado también, que el proceso tracomatoso tiene como característica la invasión de la parte profunda de los párpados, principalmente del tarso, lo que, con el predominio del proceso en el fondo de saco superior, explica la caída del párpado superior. En el tarso la infiltración separa sus elementos fasciculares. La invasión inflamatoria ataca igualmente la córnea; encontrándose dicha infiltración en la conjuntiva pericorneana en su principio, invadiendo más tarde el borde superior de la córnea, progresando hacia abajo con formaciones vasculares concomitantes, a veces perfectamente marcadas por una línea casi horizontal del resto de la membrana sana y transparente, siendo esta última parte, finalmente invadida por vasos de todas partes de la córnea que se desarro-

llan y dan lugar al pannus con todas sus variedades clínicas. Sabemos que si la infiltración se efectúa al principio entre el epitelio y la membrana de Bowman, ésta se destruye más tarde y hace que toda esperanza de conservar su transparencia se pierda por completo.

Hemos dicho que si el tracoma presenta característicamente la asociación de formaciones de papilas, de gránulos y de infiltración difusa del resto de la mucosa, también es cierto que se distingue del resto de las otras afecciones conjuntivales por su marcha, caracterizada por su tendencia inexorable a la formación de un tejido de cicatriz que reemplaza a la infiltración primitiva. Esto es lo que se llama "secuela del tracoma" y es originado por la retracción del tejido cicatricial desarrollado a expensas de la infiltración de la conjuntiva y en relación con el desarrollo de ella; por lo que el tratamiento tiende, ante todo, a combatir dicha infiltración, para disminuir su duración, su intensidad y las consecuencias de la retracción cicatricial. Los gránulos se abren al exterior por degeneración de su contenido y de la parte que los separa de la superficie o se reabsorben espontáneamente; pero en todo caso un tejido de cicatriz se implanta a donde fueron granulaciones; las papilas desaparecen ahogadas en el mismo tejido cicatricial, así como toda la parte engrosada de la conjuntiva, caracterizándose esto por disminución de su volumen y una menor vascularización de la membrana que presenta clínicamente un aspecto azulado y tendinoso. Hay que tener mucho cuidado en reconocer este tejido de cicatriz en su principio: finas líneas blanquecinas dibujan campos en medio de los cuales la mucosa conserva aún los caracteres de una inflamación intensa.

En resumen, en este período la afección termina con la destrucción total de la mucosa. Al llegar al último proceso, de retracción del tejido cicatricial, natural es que se manifieste en los fondos de saco por su acortamiento; en el tarso, produciendo la raya de Arlt, correspondiente al lugar atravesado por los vasos sanguíneos, lugar a donde la infiltración fué mayor; produciendo en los tarsos una deformación en quilla por su acortamiento general y además una deformación e incurvación de su borde libre con la desviación consecutiva de las pestañas (distorsión palpebral, triquiasis, ectropion, más frecuentemente entropion, opacidades de la córnea, pannus y xerosis de la conjuntiva.)

Juzgo que si los progresos del estudio anatómo-patológico no nos han dado un resultado decisivo todavía en el diagnóstico del tracoma, si nos permite darnos una cuenta exacta de sus lesiones, cosa indispensable para aprovechar su conocimiento en favor de la clínica, única base por ahora para distinguir debidamente la conjuntivitis granulosa de todas las demás afecciones de la conjuntiva. Nuestros conocimientos se afirmarán debidamente el día en que se conozca el agente causal, por los progresos de la

Bacteriología; pues muchos casos, repito, el diagnóstico queda en suspenso y sólo la marcha de la afección es la que puede dilucidar la verdadera naturaleza de una afección que se presente a nuestro estudio y consideración. Hasta hoy no está demostrado que las inclusiones celulares o corpúsculos de Prowazeck y Hulberstaedter sean los agentes patógenos del tracoma y debemos esperar con el tiempo la resolución final de la acción específica del microorganismo invisible y filtrante de Nicolle y Guénot.

En resumen: la conjuntivitis granulosa es una afección transmisible, de agente desgraciadamente desconocido, caracterizada por una infiltración difusa de la capa adenoide de la mucosa, con formación de gránulos y de papilas, proceso que tiende inevitablemente a una organización cicatricial, con todas sus consecuencias.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Rafael Salas", with a long horizontal flourish extending to the right.