

## COLABORACION

---

### LA ONCHOCERCOSIS EN OAXACA

Por el Dr. J. LARUMBE

Fué en los primeros días del mes de abril de 1925, cuando por primera vez visité el pueblo de Tiltepec, situado en la Sierra de Ixtlán, Estado de Oaxaca, y adonde llegué de paso para Valle Nacional, lugar donde debía pasar unas pequeñas vacaciones dedicadas a la caza y a la pesca.

La impresión que me causó ese pueblo de Tiltepec, fué terrible: sus moradores, verdaderos espectros ambulantes estaban en su mayoría atacados de ambliopía, y sus rostros demacrados, sus cuerpos desnutridos y su aspecto exterior desaseado en grado extremo, hacían más impresionante el cuadro.

Si no hubiese sido por el guía que los conocía y hablaba el mismo dialecto que ellos, de seguro no habríamos encontrado ni un solo habitante, pues todos ellos tienen la tendencia a huir del hombre civilizado, refugiándose entre los espesos cafetales que forman verdaderos bosques al derredor de sus chozas.

Después de calmarlos y explicarles, por medio del intérprete, quién era y el objeto de mi presencia entre ellos, logré reunir a la mayor parte de los habitantes, encontrándome en extraño grupo compuesto de hombres, mujeres y niños, un elevado porcentaje de enfermos de los ojos. Los que todavía vivían se hacían sombra con las alas del sombrero si eran hombres, con las manos si eran niños y las mujeres cubrían sus cabezas con pedazos de lienzos oscuros que las defendían de la luz.

Procedí desde luego a hacer un examen cuidadoso para darme cuenta de las lesiones oculares; en los casos recientes, se notaba una ligera congestión conjuntival con escasísima secreción; en otros lagrimeo con queratitis ligera de tipo difuso sin ser francamente marginal ni central, afectando el parenquima de la córnea y en otros esta queratitis había invadido todo el espesor de esta membrana haciéndole perder completamente su brillo y su reflejo habituales, dándole el aspecto de vidrio despulido; todos estos enfermos presentaban fotofobia, pero no de tipo intenso.

Estos casos no eran los más numerosos en el grupo, los que más me impresionaron fueron los que parecían más avanzados; se veían en mayor número y había amaurosis completa en los enfermos, cuyos ojos presentaban córneas transparentes que parecían haber sido respetadas por la enfermedad; pero en cambio el iris de estos pacientes había perdido las criptas de Fuchs, se veían lisos, como restirados y con la pupila deformada siempre en su eje vertical, adherentes al cristalino y en muchos casos con seclusión pupilar completa.

Si el iris presentaba aquel aspecto, la coroides debía probablemente formar parte de aquel proceso inflamatorio de marcha lentísima, pues había enfermos que tenían más de 15 años de padecer esta enfermedad clásicamente crónica, y pensé en el cuadro de la midocoroiditis idiopática, ya estudiada por los autores europeos.

Con esta impresión vine entonces a la ciudad de México y comuniqué lo que había encontrado, al Sr. Dr. D. Daniel Vélez, quien se mostró, como hombre de ciencia y especialista competentísimo en la materia, muy entusiasmado con mi hallazgo y casi decidido a visitar la región infectada por la rara enfermedad, habiéndole ofrecido mi compañía y cuanto necesitase para el viaje desde Oaxaca.

Le dejé mis observaciones por escrito, en las que señalaba todo lo que había visto, imputando entonces, como lo puede comprobar el Sr. Dr. Vélez, a una desnutrición, a una verdadera avitaminosis, la posible causa de la ceguera.

En ese mismo viaje a la Capital, cambié impresiones con mi buen amigo y compañero el Sr. Dr. José Prado Romaña, especialista también en enfermedades de los ojos, quien, después de escucharme me informó que en su país, Guatemala, había una enferme-

dad semejante a la que le describía, y que era producida por una filaria, relatándome cómo había sido descubierto este parásito en un pequeño quiste de la frente, por el Dr. Rodolfo Robles.

Con motivo de este viaje a Tiltepec y de un informe que entonces rendí por escrito al Gobernador de Oaxaca, para que se tomaran en consideración aquellos desventurados, que por primera vez habían sentido un médico entre ellos, pues no se tenían noticias en el pueblo de que ninguno antes que yo visitara aquellos lugares, el Universal, en su número 3106 de 25 de abril de aquel año, publicó fotografías que traje y llamó la atención del público sobre la situación angustiosa de aquellos huérfanos de la civilización y desheredados de la ciencia.

Pasados algunos meses de mi viaje, fui visitado en Oaxaca por el Sr. Dr. Weimann, oculista alemán quien de regreso de la región afectada por la ceguera, me comunicó sus impresiones, llevando consigo algunos frotis de secreción conjuntival para hacer exámenes bacteriológicos, sin comunicarme posteriormente el resultado.

En el mes de mayo del año pasado, me dirigí al Jefe del Cuerpo Médico Militar, Sr. Dr. D. Enrique C. Osornio, comunicándole que en mi trabajo para el VII Congreso Médico, trataría las causas de la ceguera en Tiltepec, y con este motivo, hice un segundo viaje a los lugares infectados para recoger nuevos datos para mi estudio, habiendo descubierto esta vez los quistes en la cabeza de casi el 60 por ciento de la población en Yagila y Gossá y de un 90 por ciento en Tiltepec.

Encontrados los quistes en mis pacientes era muy fácil lo demás y desde luego procedí el día de mi llegada a Yagila (17 de Noviembre de 1926), a la extracción de éstos y al aislamiento de las filarias, habiendo observado una particularidad: en cada quiste se podían extraer sin gran dificultad una o dos filarias pequeñas, que por sus caracteres supe posteriormente que eran machos, pudiendo retirarse de los quistes con la simple ayuda de un cuchillo fino o de una aguja; no así las hembras, de longitud diez veces mayor que los machos y que están como cosidas al tejido fibroso del quiste.

Mediante ofertas en dinero para los que quisieran acompañarme a Oaxaca y conquistándome en la misma forma al Presidente Municipal de Yagila, quien me servía de intérprete, pude conseguir traer conmigo seis individuos que pude seleccionar a mi gusto, con distintas manifestaciones oculares, pero todos portadores de quistes en la cabeza, para ser presentados y estudiados en la Sociedad Médica de Oaxaca, de la que es miembro el suscrito y Presidente el Sr. Dr. D. Ramón Pardo; y en la sesión extraordinaria del día 25 de Noviembre del mismo año, presenté, ya transformados, aseados, con ropa limpia y afeitados, a mis seis enfermos, dando una conferencia en el Instituto de Ciencias y Artes del Estado, sobre la enfermedad, mostrando al microscopio las filarias que había obtenido al operar algunas enfermos en Yagila y pretendiendo identificar esta filaria con la **Onchocerca Sp. Robles** descubierta y estudiada por este célebre médico en Guatemala, invitando a mis colegas para presenciar la extirpación de los quistes, mostrar su contenido y comprobar las observaciones del mencionado doctor sobre la eficacia de este tratamiento como medio curativo de los trastornos oculares.

La extirpación de los quistes debería tener lugar al día siguiente en la mañana en el Hospital Militar; desgraciadamente los médicos no mostraron interés, asistiendo únicamente el Sr. Dr. D. Manuel G. Suárez como extraño al personal del Hospital, interpretando esta conducta por el hecho de no haber especialistas en la materia en Oaxaca, por más que era la primera vez que en el Estado y quizás en la República, se conocían los quistes y se extraía la *Onchocerca*; pues hace ya tiempo que el Dr. Bustamante llamó la atención en un folietó que envió a la Academia de Medicina sobre la posible presencia de la onchocercosis en el Valle de Montecristo de Guerrero, Chiapas, limitándose únicamente a difundir los trabajos de los señores doctores Robles, Víctor Manuel Calderón y Pacheco Luna, de la República hermana.

Las lesiones que presentaban mis seis enfermos traídos a Oaxaca, eran las ya descritas tan admirablemente por el Dr. Pacheco Luna, y así se observada en uno de mis enfermos llamado Felipe

Pérez, de 23 años de edad, de aspecto sano, estatura 1.62 y peso 68 kilos, cuya enfermedad databa de seis meses; había congestión conjuntival y ligera fotofobia, el fondo del ojo era normal y la agudeza visual 6/10. Presentaba dos quistes en la región parietal izquierda; cuatro días después de la extirpación desaparece la fotofobia, disminuye la congestión conjuntival; pero quince días más tarde su agudeza visual era de 8/10, no habiendo ganado más que 2/10.

Porfirio López, del mismo pueblo, de 24 años, aspecto general sano, estatura 1.60; peso, 65 kilos; databa su enfermedad de un año y presenta: queratitis intersticial del ojo izquierdo, afectado el lado externo de la córnea casi en su tercera parte, llegando hasta el campo pupilar, intensa congestión conjuntival, lagrimeo, fotofobia mediana, agudeza visual en ese ojo 1/10. El ojo derecho estaba sano. Se procedió a la extirpación de cuatro quistes en la región parietal izquierda, otro en la región occipital casi al nivel de la protuberancia externa y otro más pequeño encima de éste; a los quince días se notó mejoría de la queratitis; la córnea presentaba mayor transparencia, había disminuído la fotofobia, el lagrimeo y la congestión conjuntival; la agudeza visual, de 2/10, había ganado poco.

Pantaleón Hernández, del mismo pueblo que el anterior, de 45 años, de aspecto sano, estatura 1.60, peso 65 kilos; data su enfermedad de seis años, está casi ciego. Ojo derecho: iritis fibrinosa con oclusión pupilar y exudado, estrabismo externo sin poder precisar si fué anterior o posterior a su enfermedad; amaurosis completa. Ojo izquierdo: corio-retinitis, iris y córnea normales, medios del ojo transparentes, agudeza visual de este ojo 4/10. Se le extirparon tres quistes de la cabeza, y quince días después, su estado era casi igual.

Juan F. González, de Yagila, de 28 años, aspecto general bueno, nariz en silla, estatura 1.50, peso 55 kilos. Ojo derecho: coroiditis y atrofia del nervio óptico, amaurosis completa. Ojo izquierdo: iritis fibrinosa con deformación de la pupila, ésta es de forma oval, de gran diámetro vertical; agudeza visual: apenas distingue el día de la noche. Extirpación de tres quistes en la región parietal derecha; viene con lazarillo desde el pueblo. Después de quince días regresa igual.

Paulino Mejía, de Gossá, desempeña el puesto de Presidente Municipal de su pueblo; estado general bueno; queratitis parenquimatosa de ambas córneas, fotofobia intensa, apenas distingue el día de la noche, lo conduce un lazarillo; se le extirpan cuatro quistes de la cabeza (es el único enfermo que presenta un quiste en el cuerpo, en la región costal izquierda, sobre la línea axilar media, conteniendo también filarias y que también se le extirpa.) Después de quince días apenas si se nota la mejoría, de lejos no vé; pero de cerca y a muy corta distancia distingue los objetos, hasta las letras pequeñas de la escala Snellen.

José Méndez, de Gossá, de 16 años, desnutrido, 45 kilos de peso, con queratitis intersticial intensa en ambas córneas, de tono glaucomatoso: la fotofobia y el lagrimeo también intensos; no distingue la luz de la oscuridad. Después de la extirpación de tres quistes regresa como vino, con lazarillo.

Acompañando a estos individuos venía el Presidente Municipal de Yagila, quien tenía un quiste en el vértice de la cabeza a la derecha de la línea media, el cual contenía oncocercas; su vista era normal y no se había quejado de trastornos de ninguna especie.

Como se vé, los resultados operatorios no correspondieron a mis esperanzas, ni las aseveraciones de los eminentes observadores de la vecina República quedaron confirmados y comencé a vigilar a mis enfermos desde Oaxaca, recibiendo noticias de ellos periódicamente; su estado no mejoraba, antes por el contrario parecían agravarse los síntomas a medida que el tiempo pasaba.

Probablemente estas observaciones sirvieron de fundamento al Sr. Dr. D. Ramón Pardo, en su trabajo reglamentario a la Academia de Medicina, para dudar de los resultados curativos, en ocasiones casi maravillosos, que se observan en Guatemala, después de extirpados los quistes, citándose casos curados en días y aún en horas; y con este motivo el Sr. Dr. Torres Estrada, en su muy interesante comentario al trabajo del académico Pardo, toma las frases del Dr. Pacheco Luna hablando de la mejoría rápida del blefaroespasma que se presenta en los brotes agudos de queratitis, o las del Dr. Robles, quien textualmente expresó, según experiencia perso-

nal, que la cura depende de una intervención quirúrgica cuya benignidad es absoluta, como lo prueba la regresión de los fenómenos oculares después de cuatro o cinco horas, para terminar su desaparición completa en un período que nunca excede de ocho días.

Interesado con el estudio de esta enfermedad, he estado en correspondencia con el Sr. Dr. Robles, quien tuyo la deferencia de enviarme un trabajo suyo publicado en el Boletín de la Sociedad de Patología Exótica de París; este trabajo se titula: "Onchocercosis Humana en Guatemala produciendo la ceguera y la Erisipela del Títoral (Erisipela de la Costa)". Esta enfermedad, dice: "Esencialmente caracterizada por fenómenos dolorosos, perturbaciones graves de la vista y del oído y desarrollo de quistes subcutáneos, lo más a menudo cefálicos, es debido a una filaria muy vecina de la *Onchocerca Volvulus* Leuckart". En el Boletín del Departamento de Salubridad Pública, número 4 de 1926, aparece un informe de las labores realizadas por los enviados del mismo, a propósito de la onchocercosis en Montecristo de Guerrero, Chiapas, en el que se lee: "Puede considerarse que cuatro mil individuos portan tumores quísticos de filaria *Onchocerca*, y que cien han perdido completa o casi completamente la vista; ochocientos presentan accidentes graves (queratitis, iritis y coroiditis) y el resto, solamente ligeros trastornos acompañados de cefalalgias agudas y constantes infiltraciones de la cara y las orejas y manchas moradas y periódicas, que producen comezón desesperante, lagrimeo y fotofobia. Después de seis ó ocho días estos fenómenos desaparecen, pero queda algo de infiltración en cada ataque; de suerte que el enfermo al cabo de un año presenta muy engrosada la piel de la cara y apenas puede abrir los párpados". Esta descripción se parece mucho a la del Dr. Robles, quien describe la enfermedad de su país como una erisipela periódica de la cara, con temperatura elevada, sensación de quemadura y comezón al nivel de la región enferma y pérdida de la visión.

Todo esto, señores, es exacto; la enfermedad de Guatemala y la de Chiapas, puede considerarse una misma entidad morbosa, pero hay diferencias desconcertantes, entre aquel padecimiento y éste:

¿Por qué si los quistes son idénticos y encierran una onchocerca tan parecida a la descubierta por el Dr. Robles, no se alivian aquí los enfermos después de extirparles cuidadosamente esos quistes, como lo he comprobado en mis operados?

¿Por qué faltan en el cuadro clínico de la onchocercosis oaxaqueña, los edemas de la cara, de los párpados y las orejas y las equimosis verdosas o violáceas en las mejillas?

¿Por qué no acusan mis enfermos las cefaleas constantes con exacerbaciones periódicas como es la regla en la afección que domina en Chiapas y Guatemala?

¿Cómo encontrar relación de causalidad entre las lesiones anatómo-patológicas de las dos enfermedades, solamente en lo que se refiere a los ojos y ninguna en los demás órganos?

A todo esto no encuentro más que una explicación: La onchocerca estudiada por mí no produce la enfermedad denominada por el Dr. Robles, "Erisipela de la Costa", ataca únicamente los ojos cuyas lesiones coinciden con las ya descritas por el Dr. Pacheco Luna y éstas no mejoran con la extirpación de los quistes, sino en casos muy recientes. Se trata en mi concepto de una variedad de onchocerca, variedad en la especie, descubierta por el Dr. Robles cuyas toxinas llevadas por la vía linfática producen estragos más persistentes en los ojos de estos desventurados.

Examinando al microscopio la extremidad caudal del macho onchocerca, se encuentran dos espículas desiguales, estriadas y encurvadas, que pueden estar exentas, según descripción del Sr. Profesor Ochoterena y observación personal del Sr. Dr. Perrín, en ejemplares que he enviado para su estudio a dichas autoridades; y el Sr. Dr. Víctor Manuel Calderón, de Guatemala, a este respecto, habla de una espícula grande, anillada en parte, y otra pequeña que él cree que es un músculo y la llama espícula y músculo; esto podría marcar una diferencia morfológica entre las dos onchocercas.

El Dr. Robles ha empleado sin mejoría toda clase de inyecciones locales e intravenosas. (tártaro estibado, sales de mercurio, de yodo, etc.) sin resultado, señalando como el mejor tratamiento la

extirpación de tumores y ganglios, que siempre están parasitados.

Hasta ahora había sido siempre un problema encontrar las microfilarias en otro lugar que no fuera al derredor o en el interior de los quistes, y ya se puede mostrar la microfilariosis de la piel, muchas veces a distancia grande de los tumores, tomando una partícula de piel y poniéndola en suero fisiológico.

Tratando de confirmar la hipótesis emitida por el mismo Dr. Robles de que el huésped transmisor es un mosquito perteneciente a los "simulidios", recogí cuidadosamente el mayor número de moscos de la región y envié para su estudio, unos al Instituto Rockefeller, otros al Tropeninstitut de Hamburgo y otros al Sr. Dr. Mooser, Patólogo del Hospital Americano de México. Este último recientemente me dice: "Los insectos mandados por usted, de Gossá Yagila y Tiltepec, pertenecen todos al género Simulium, son bebedores voraces de sangre, y atacan durante el día; Robles en Guatemala cree que son los transmisores de la onchocerca caecutiens. También la onchocerca volvulus que se encuentra en Africa, tiene como probable transmisor un simulium".

Esto ha sido hasta ahora el resultado de mis observaciones y mi experiencia sobre la enfermedad; me aventuro a pensar que el futuro tratamiento será realizado con las toxinas convenientemente preparadas del terrible parásito, y al efecto, organizo mi tercera expedición.

Ya tendré el gusto en otro trabajo, de dar cuenta a ustedes de mis investigaciones.

Oaxaca, Oax., diciembre de 1926.

José E. LARUMBE.