

CONSIDERACIONES RESPECTO A LA CONJUNTIVITIS DE PISCINA

POR EL DR. RAFAEL SILVA

EXISTE un padecimiento ocular cuyo pleno conocimiento se impone, por constituir hasta el presente un problema cuya resolución es urgente: ¿Cuáles deben ser las medidas adecuadas para evitar la afección, poco conocida hasta hoy y que lleva el nombre de "Conjuntivitis de piscina" o "Conjuntivitis de Posetas de Natación"? (Juan Santos Fernández), nombres que designan una afección ocular desarrollada principalmente entre las personas que frecuentan o se dedican al deporte de la natación, aunque se han observado casos en que no ha intervenido para nada este elemento etiológico. La resolución del problema está íntimamente vinculada con la de otro de orden netamente de nuestra especialidad, a saber: qué caracteres clínicos tiene esta afección y cuál es el elemento etiológico encontrado en la mayor parte de nuestros enfermos, desde el punto de vista bacteriológico; porque resueltos ambos factores, la higiene puede intervenir con todas sus armas para la prevención de una dolencia, que sin ser de las que originan la pérdida fatal de la vista, producen alteraciones tales, que por un largo plazo queda el enfermo imposibilitado de proseguir sus ocupaciones habituales, originándole molestias y gastos de no poca consideración.

Al revisar algo de la literatura que se ocupa de esta afección, queda uno sorprendido de ver cuán diferentes y hasta contrarias opiniones reinan no sólo acerca de sus caracteres clínicos, sino también respecto a su naturaleza y, por lo tanto, a las conclusiones a que da lugar para buscar el mejor modo de prevenirlas.

No se me escapa que el corto número de mis observaciones no me autoriza a dar conclusiones definitivas; pero creo que, como ya lo ha hecho en nuestro país el señor doctor Daniel M. Vélez, debemos dar a conocer nues-

tras impresiones personales y compararlas con las observadas en otros países, que con esto y con el intercambio de ideas entre nosotros, ayudaremos a buscar la verdad con mayor seguridad.

Seis han sido los casos que he podido seguir, tanto en mi clientela particular como en el Hospital de la Luz.

Sin restar importancia al antecedente de que un enfermo se ha bañado algunos días antes en un tanque, este dato adquiere su valor cuando lo encuentro concordante con los resultados de mi exploración, apareciendo la conjuntivitis en una forma más o menos aguda, una o dos semanas después del baño.

La imagen de la conjuntivitis de piscina es para mí, bastante característica. Los enfermos, generalmente jóvenes, presentan desde luego un cierto grado de blefaro-ptosis, que les da un aspecto muy particular. A la exploración de la conjuntiva encontramos lo siguiente: generalmente unilateral en un principio y en algunos casos con pocas molestias subjetivas, en relación con las alteraciones anatómicas que se encuentran, llama poderosamente la atención el enorme hinchamiento de las mucosas, hinchamiento que no sólo se marca de preferencia en los fondos de saco conjuntivales, principalmente el interior, sino que se extiende a la conjuntiva tarsal y a la ocular, según el grado de intensidad del proceso y, cosa muy peculiar, ataca también a la carúncula; no es esto lo único, sino que se desarrolla después una grandísima cantidad de gránulos (o folículos). La cantidad de secreción es variable, excesiva en dos casos de una violencia insólita, en los otros ha sido relativamente escasa. En estos dos casos de intensidad y duración notables (tardaron en curar uno de ellos nueve meses y el otro más de un año), pude observar al microscopio corneano la presencia de infiltraciones puntiformes superficiales que por su confluencia llegaron a hacerse mayores, originando pérdidas de substancia que generalmente periféricas y pequeñas, se hicieron algunas de ellas mayores y centrales, que no sólo alcanzaron el epitelio en su totalidad, sino que interesaron también a la membrana de Bowman, aunque sin gran perjuicio para la visión. Ganglios preauriculares algunas veces un poco infartados

Lo interesante es el aspecto clínico muy semejante al del tracoma, cosa que en lugares como éste, donde el tracoma es muy poco frecuente y casi excepcional entre los habitantes de la ciudad, atrae poderosamente la atención. Sin embargo, para ser más verídicos, debemos recordar la expresión gráfica de Comberg, quien justificadamente dice: "el aspecto clínico de la C. de P., ocupa un término medio entre el tracoma difuso y el

tracoma granuloso crónico", expresión que se confirma al observar que el hinchamiento de la mucosa es menos difuso e intenso que en el verdadero tracoma, por lo que la formación de gránulos se marca más, mientras que al contrario, la formación de las papilas se hace menos sensible. La mayoría de los autores afirman que a lo que más se asemeja es a la conjuntivitis de inclusión de los adultos, pues la que se observa en los recién nacidos se caracteriza por una secreción bastante abundante.

Siguiendo mi costumbre en toda afección conjuntival de estudiar las conjuntivitis según su agente patógeno, me llamó la atención que no encontrara los agentes habituales de estos padecimientos y sólo en tres casos pude hallar inclusiones celulares, pero nunca los cuerpos iniciales descritos a propósito del tracoma, en concordancia con la mayoría de los autores que se han ocupado de este asunto. Lo que sí es importantísimo, para acabar de dar una idea del proceso, es que nunca he podido comprobar, finalmente, ni cicatrices en la conjuntiva, ni panus corneano, ni aún en el caso de tan larga duración como el señalado de un año. La restitutio ad integrum es la regla de esta afección, lo que la distingue del verdadero tracoma y, en esto, se asemeja aún más a las conjuntivitis de inclusiones, formando un grupo que no deja tras de sí, repito, ni panus ni cicatrices.

Esta afección la he observado siempre unilateral en su principio y bilateral posteriormente. Sólo fué exclusivamente de un lado en dos casos: uno de una afección conjuntival clínicamente idéntica a la conjuntivitis de piscina, contraída, según el dicho de la paciente, en un baño de tina tomado tres semanas antes, apareciendo la enfermedad diez días después del baño, caso en el que encontré algunas inclusiones epiteliales. El otro caso de afección unilateral, fué de una señora que se enfermó probablemente por contagio al curar a su hijo que tenía yo en tratamiento en mi consultorio. El resultado de la investigación bacteriológica hecha en los primeros días de la afección, dió resultado negativo, no obstante que la secreción conjuntival de su hijo presentaba inclusiones epiteliales evidentes.

El período de incubación ha sido admitido generalmente de una a dos semanas de duración. Tuve una observación interesante, la de un enfermo que padeció de un solo ojo al principio, enfermo que, al curarse, hizo que el líquido del lavado cayera al otro ojo, es decir, casi una inoculación experimental. Ahora bien, diez días después, se marcaban los mismos síntomas y, más tarde, las mismas lesiones en el otro ojo, precedidos, dos días antes, por ligero enrojecimiento y escasa secreción del ojo afectado, sin que pu-

diera yo encontrar inclusiones en el examen hecho, desgraciadamente una sola vez, al quinto día de la enfermedad.

Cosa curiosa, todos los enfermos que traté con el antecedente del baño de natación, cuatro en número, fueron del sexo masculino. Los dos enfermos que he observado del sexo femenino, contrajeron su afección: una, contagiada probablemente al curar a su hijo, como dije ya anteriormente, y la otra, en una tina de baño, según la afirmación de la paciente.

Por último, señalaré que algunos han anotado complicaciones por parte de la nariz y de los oídos, principalmente el catarro de la trompa de Eustaquio. Yo sólo he encontrado cierto grado de hinchamiento de la mucosa nasal; pero ninguna alteración por parte del oído.

La duración general es de seis a ocho semanas, aunque puede prolongarse por mayor tiempo, como lo he anunciado en dos casos de mi práctica personal.

En resumen: por la descripción que he expuesto ante vosotros, se ve claramente que estos casos se caracterizan por la total e intensa reacción de la conjuntiva de los fondos de saco, la palpebral, la ocular y la de la carúncula, con abundante formación de gránulos que, por su rebeldía, la apartan clínicamente de las conjuntivitis catarrales y aun de las blenorragicas. En efecto, en las catarrales, son excepcionales las del tipo de Boal, (catarros agudos con formación de gránulos) y aún entre éstas, no se observa la participación de las carúnculas, siendo la gravedad y la duración de las granulaciones incomparablemente menor. Por otra parte, es característico que en las conjuntivitis purulentas gonorreicas, no hay formación de gránulos y sí de papilas, siendo éstas menos marcadas en favor de los gránulos en las conjuntivitis de piscina, por lo que el parentezeo es mucho mayor con el grupo de las conjuntivitis granulosas, formado por el tracoma in capite, así como las conjuntivitis con inclusiones epiteliales, tanto del adulto como del recién nacido. Si, por otra parte, se tiene en cuenta que la presencia de inclusiones epiteliales es frecuente en la C. de P., como ya lo indiqué en los enfermos que he estudiado, y que no se encuentran los gérmenes habituales de las infecciones conjuntivales, se comprenderá fácilmente el enorme interés que despierta el estudio de estas afecciones de la conjuntiva, las que, afortunadamente se han presentado tan sólo esporádicamente; pero que indican la posibilidad de producir verdaderas epidemias, como ha acontecido ya en otros países.

En el principio del estudio de esta afección, la semejanza entre la conjuntivitis de piscina y el tracoma fué tan grande, que Schultz describió co-

mo una epidemia de tracoma algunos casos de C. de P., que observó en el año de 1899. Esta opinión se robusteció cuando Huntentüller y Paderstein encontraron las inclusiones epiteliales que se consideraban por un tiempo características del tracoma, compartiendo también su carácter infeccioso y su trasmisibilidad al mono. Por esto los autores establecieron su semejanza con el tracoma, tanto por sus caracteres clínicos como por el resultado de sus estudios microscópicos; pero no tardó mucho tiempo en ser observado por Comberg y por Engolkin, que la conjuntivitis de piscina tenía una radical diferencia que la distinguía completamente del tracoma, a saber: que terminaba siempre por una *restitutio and integrum* de las membranas oculares sin dejar huellas cicatriciales ni panus, lo que demostraba que no podía considerársele como un tracoma debilitado, sino que se aproximaba más bien a las conjuntivitis por incl. de Lindner, compartiendo con este grupo el carácter bien distintivo de conservación integral de la mucosa. Es natural que para los que sostienen la teoría unicista, el tracoma, las conjuntivitis por inclusión, la conjuntivitis de piscina y aún la simple foliculosis, forman un sólo grupo, en el que estas diversas afecciones sólo indican grados diversos de intensidad de un mismo proceso; pero llama la atención que la clínica separe tan radicalmente, repito, al verdadero tracoma que produce la destrucción de la mucosa, de la conj. por incl., tanto en el niño como en el adulto y la C. de P. que la respeta invariablemente.

Lo que ha dificultado grandemente la resolución del problema, es que todavía no se ha llegado a un acuerdo respecto al valor etiológico de las llamas incl. epiteliales y poder saber a ciencia cierta, si se trata de simples productos de alteraciones de la celdilla misma o si son agentes específicos en el sentido que les atribuye Lindner, es decir como causa tanto del tracoma como de la conj. por inclusiones.

Yo insisto en que hay una clase de conj. de forma clínica especial con predominancia granulosa e invadiendo toda la conjuntiva pero caracterizada por la *restitutio and integrum* de la mucosa. Hay incl. epiteliales en este grupo, pero no constantes. Estos caracteres bastan para separar el tracoma por un lado y a la simple foliculosis del otro, formando un parentesco en este grupo, por la frecuencia de la oftalmía purulenta sin gonococos en los recién nacidos (caracterizada por abundante secreción), porque Lindner ha insistido en otra forma de C. por incl. en los adultos, con caracteres clínicos muy semejantes a los de C. de P. y porque esta semejanza, en el aspecto clínico, la ofrecen casos aislados, que todo oculista ha observado con

caracteres muy semejantes, sino idénticos a los descritos, en que no ha habido ningún baño y sí un padecimiento genital sin gocococos.

A este respecto voy a permitirme relatar a ustedes que tengo el recuerdo de una enfermita con un cuadro clínico muy semejante al descrito y que observé hace algunos años. Se trata de la entonces señorita M. B., quien me fué recomendada por el señor doctor Licéaga para su tratamiento. Dicha enfermita aseguraba que la causa de su afección era seguramente algún contagio sufrido en el **pullman** durante el viaje que había efectuado desde su tierra natal. Esta afección fué exclusivamente del ojo derecho. Se inició con relativas pocas molestias, con sensación de arenas en el ojo y una poca de secreción que hacía que se pegaran sus ojos durante la noche. Al examen (en aquella época no había microscopio corneano), encontré un hinchamiento considerable de la conjuntiva en su totalidad, inclusive la carúncula, enorme producción de gránulos en ambos fondos de saco principalmente en el inferior y poca secreción. Ahora bien, este estado se prolongó por 4 a 5 semanas y, en la última pude apreciar con la lupa, infiltraciones muy numerosas y superficiales en buena parte de la extensión de la córnea. Esta enfermita fué sujeta a un examen general muy cuidadosamente hecho por el mismo doctor Licéaga y se encontró que tenía un flujo vaginal desde tiempo atrás, sin gocococos, siendo esto la causa etiológica que me hizo desde entonces desconfiar de toda afección conjuntiva sin agente parógeno conocido. En aquella época no se acostumbraba el Giemsa en esta clase de investigaciones de secreciones para poder buscar las incl. epit. origen de tantos estudios y tantas controversias en nuestros días. El cuadro y la marcha descrita, hace desear que se tratara de un caso de queratitis punctata superficialis de Fuchs o bien de un "Schwellungskatarrh" de los alemanes. Este caso lo considero interesante por la semejanza enorme con el cuadro clínico de la conjuntivitis de piscina que acabo de bosquejar, porque es un cuadro frecuentemente encontrado en la literatura médica y que ha producido consideraciones de alta importancia que señalaré un poco más tarde.

Lo desconcertante en este estudio, es que la mayoría de los autores afirman que en la C. de P. se han comprobado inclusiones epiteliales; pero nunca los elementos iniciales encontrados en los casos de tracoma. No hay derecho hasta ahora para inferir que la ausencia de estos elementos son la causa de las diferencias clínicas señaladas, puesto que, repito, no se ha llegado a un acuerdo respecto a si estas conclusiones son realmente el virus provocador de este grupo de conj. granulosas, o si sólo revelan reacciones

de las celdillas a diferentes agentes etiológicos. La teoría de Lindner de que el tracoma es originariamente de origen genital y de que el primer ataque a la conjuntiva es relativamente benigno, pero que el paso constante de ojo a ojo, es cada vez más virulento de modo que el tracoma actual, ya completamente extragenital de origen, es decir, propagado exclusivamente de conjuntiva a conjuntiva, se caracteriza por su rebeldía al tratamiento y por las gravísimas alteraciones que determina, tanto en la conjuntiva como en la córnea, aun no es admitida por todos los autores y necesita confirmación. En efecto llama la atención, como lo he repetido varias veces, que exista un grupo especial de conj. granulosa con incl. que nunca deja huellas indelebles y que determina por la restitutio ad integrum de la mucosa; además es digno de tomarse en consideración que todos los autores están de acuerdo en que no se han encontrado los elementos iniciales de las inclusiones epiteliales; que, por otra parte, se han encontrado estas inclusiones hasta en la simple foliculosis, como se vé en la siguiente tabla del material de la clínica oculística de Berlín y en un total de 274 casos estudiados:

En la C. de P.	en 80 enf.	27 casos	— 33.75%	de incl. epitel.
Sospechosos de C. de P. ...	» 5	» 0	» — 0%	» » »
Tracoma	» 38	» 17	» — 44.7%	» » »
Sospechosos de tracoma ..	» 14	» 2	» — 3.58%	» » »
Blenorrhea neonatorum ..	» 29	» 10	» — 34.48%	» » »
Catarro folicular.....	» 56	» 2	» — 3.58%	» » »
Afecciones conj. diversas	» 52	» 0	» — 0%	» » »

Terminaremos con la biología de estas inclusiones. Hay un punto interesante que da mucha luz para observar debidamente a estos enfermos. ¿Cuándo aparecen y cuándo desaparecen estas inclusiones? De 24 enfermos observados, los más interesantes fueron 22 que estudió Rohrschneider no una, sino varias veces y en diferentes épocas de la afección. El autor afirma que hay que buscarlas de preferencia entre la tercera y cuarta semana del proceso, siendo excepcional encontrar las inclusiones en la 2a. semana de evolución. Igual comprobación han hecho Paderstein, en un caso de conj. de P. sin baño, de origen genital y Fritsch, en un caso de uretritis sin gonococos, inoculando positivamente a un mono en la conj., con la secreción uretral, habiendo encontrado las inclusiones hasta el décimo día y dando un resultado negativo al quinto día después de la inoculación.

Yo he encontrado en tres pacientes las inclusiones epiteliales (500/0 de los enfermos observados) y he podido estudiar estas inclusiones, tanto en el curso que hice hace tres años con el profesor Morax en París, como con

el mismo profesor Lindner en Viena; pero estos nuevos datos bastan para obligarnos, no sólo a practicar un solo examen, sino varios para llegar a estudiar a fondo el problema y evitar inseguridades científicas, como me aconteció cuando obtuve un resultado negativo en la señora contagiada de su hijo, en que la investigación la practiqué al quinto día de evolución, así como en el enfermo en quien ví desarrollarse la autoinoculación por derrame del líquido del lavado del ojo enfermo al sano; la investigación fué negativa en la única vez que la hice, en los primeros días del proceso clínico, en todos puntos semejante al del ojo infectante y mi diagnóstico fué confirmado por la clínica, puesto que en estos dos casos, bacteriológicamente negativos, se desarrolló una conj. típica sin piscina.

En cinco enfermos estudiados para ver la resistencia y duración de las inclusiones, el mismo autor encontró un caso con resultado negativo a los 28 y a los 47 días antes y después del tratamiento, un caso positivo sin tratamiento a los 14 días, y que fué positivo tres semanas después a pesar del tratamiento, tres casos positivos sin tratamiento a los 14, 21 y 20 días, que fueron negativos a los tres meses los dos primeros y negativo a las cuatro semanas el último. Por estas consideraciones cree Rohrschneider que el virus de la C. de P. es mucho menos resistente que el de la C. por incl. en el adulto, puesto que Lindner asegura que estos elementos se pueden encontrar ya en ésta al segundo día de la afección y que perduran dos meses bajo la influencia del tratamiento, y 4 a 5 meses sin él. Como se ve la importancia etiológica de las inclusiones tiene un carácter tan obscuro como en el tracoma y no permite todavía sacar ninguna conclusión final, aunque es innegable su frecuencia relativa y su presencia en la C. que estamos estudiando. Ya veremos más lejos a lo que esto ha dado lugar para tratar de explicar la etiología.

La incubación de esta afección la he encontrado generalmente de una semana, como la mayoría de los autores. Es preciso hacer notar que muchas veces el principio es insidioso y que como da lugar a pocas molestias algunas veces, esto pueda dar lugar a alguna confusión. La duración de la incubación en la C. de P., dada por Lindner, es de 4 a 11 días.

Sandmann ha insistido en que no hay inmunidad para esta afección y que se pueden observar casos de C. de P. en ojos que habían sido ya afectados en otras epidemias, lo que merece tenerse en consideración para la clínica.

Frecuentemente se ven autores que siguen la escuela de Paderstein afirmando que la afección tiene la característica de ser unilateral. En la estadística de Rohrschneider, sobre 253 pacientes la C. de P. fué unilate-

ral en 139 (55.00) y bilateral en 114 (45.00) de los casos observados. Pero esta unilateralidad fué durante todo el proceso. Si a estas cifras se añaden los casos que fueron unilaterales en un principio pero que se propagaron al otro ojo más tarde, entonces la diferencia en cifras es mucho mayor, por lo que con justicia hace exclamar al autor que debe de hablarse de un principio unilateral de carácter distintivo y peculiar. Schultz encontró los dos ojos afectados desde el principio 5 veces en 21 enfermos; de los 10 restantes, en 10 enfermos el segundo ojo; más tarde y sólo en 9 se presentó la afección unilateral en toda su evolución. Chailous y Nida, en 8 enfermos, vieron 4 casos de afección en un sólo ojo; Terrien, 4 casos unilaterales en 5 enfermos. Mi pequeña estadística de 6 casos me permitió observar sólo dos de afecciones unilaterales y 4 de afección de un ojo, propagada más tarde al del otro lado. En resumen, la C. de P. es generalmente unilateral en un principio para ser bilateral después. Lo excepcional es que sea bilateral desde el principio o que sea unilateral en toda su evolución. Casos de unilateralidad con agente patógeno conocido, es muy sospechoso de un error de diagnóstico y siempre que he encontrado en estos casos el pneumococo y con mayor razón el gonococo, los he clasificado en otro grupo de conj. distinto del que estamos estudiando.

La preponderancia de la afección en los jóvenes, es inmensa y en esto están de acuerdo todos los autores. En mis casos observados, el mayor de mis enfermos tenía 24 años y el menor 14. El más joven de los enfermos estudiado en Berlín, tenía 7 años, el más viejo 44 años (el término medio de edad fué de 13.67 para los del sexo masculino y de 14.3 para el femenino). El número de enfermas declarado a las autoridades berlinesas fué de 33 casos, 8 00 de las bañitas y éstas en proporción de 30 00 del total de los individuos entregados a este deporte, obligatorio en las escuelas de esa ciudad. De esas 33 enfermas, 4 la adquirieron, no en el baño, sino por contacto de objetos tal vez infectados; o en baños de tina. Esto concuerda con las dos enfermas de mis observaciones.

Todos los casos que he observado han sido esporádicos y los he encontrado en diferentes estanques y aún entre los más reputados de la capital. La única epidemia de casos muy parecidos que he observado en esta capital, fué desarrollada en el Hospicio, habiendo dado lugar a memorables discusiones entre los especialistas, defendiendo algunos el diagnóstico de tracoma y otros el de conj. aguda folicular. Fué una lástima que en aquella época no se hubiera conocido la C. de P. o la conjuntivitis por incl.; pero la marcha que observé en numerosísimos casos de éstos, me recuerdan

más la de esta última clase de afecciones conj. No fué tracoma, porque si el aspecto clínico era muy semejante, sin embargo no se observó nunca ni pautas ni cicatrices. No fué la Conj. del tipo Boal, por su larga duración, pues los folículos persistieron por más de un año; pero no se puede establecer una opinión definitiva a este respecto, aunque no pude comprobar ningún agente patógeno conocido en los numerosos casos que mi digno director en aquella época, el señor doctor don Lorenzo Chávez me encargó para su estudio bacteriológico.

Igual recuerdo clínico tengo con un enfermo sobrino de un compañero y amigo de Veracruz, el Dr. P. C., quien me envió a su sobrino con una intensísima afección conjuntival, desarrollada por bañarse varias veces en el mar durante el día y por permanecer largo tiempo en el agua haciendo gala de sus habilidades deportivas. Se trató de una afección muy semejante clínicamente a la descrita; al principio unilateral, tratada con gran empeño por el médico citado y que, a pesar de todo, no solo no se pudo obtener alguna mejoría, sino que se le propagó al otro ojo. Este caso, bastante agudo, con blefaroptosis y enorme formación de gránulos en los fondos de saco y en la carúncula fué rebelde al tratamiento, pero sin embargo fue dominado radicalmente sin dejar alguna huella en la conjuntiva ni en la córnea. Yo me sentí satisfecho de mi rápida curación de un caso de tracoma al cabo de cuatro meses, y ahora que he tenido mayor experiencia en estas afecciones, me inclino más a creer que se trató de un caso que pudiéramos llamar de conjuntivitis de piscina, como se han citado ya varios, adquiridos ya en el mar como en los ríos. El resultado del examen bacterioscópico fué absolutamente negativo y no presentó ningún antecedente genital pues fué examinado en ese sentido. De todos modos sí parece que la tendencia en los jóvenes a bucear (abrir los ojos debajo del agua) y los traumatismos que pueden sufrir las conjuntivas predisponen a que sean más frecuentemente víctimas de esta afección.

Interesante es también para el pronóstico que la duración y tenacidad de la afección no está siempre en relación con la intensidad clínica de cada caso y que, frecuentemente los casos más dilatados en su duración son aquellos en los que la marcha ha sido relativamente subaguda. Esto no se realiza siempre, pues yo he observado dos casos, los de mayor duración, que han presentado los síntomas más agudos por parte de la conjuntiva y que se han acompañado de complicaciones corneanas más intensas. Como se vé, aún cuando es un hecho cierta frecuencia de las inclusiones epiteliales en la conjuntivitis de piscina, su importancia etiológica tiene un carácter tan obscu-

ro como en el tracoma y no permite todavía sacar de su estudio ninguna conclusión definitiva.

Respecto a la etiología de las C. de P., se han externado otras suposiciones: tales como que la caspa es la que produce la afección, recomendando Wernicke el uso en los baños de la gorra obligatoria.

Engelkin admite la existencia de un virus genital, el que, por la costumbre que hay en algunos individuos de orinarse en las piscinas pudieran dar lugar a copos de moco que en concentración suficiente pudiera llegar a la conjuntiva. Esta opinión no me parece desacertada y podría explicar una infección no solo en los órganos genitales del ojo, sino de ojo a ojo, sea por el intermediario de las manos, del agua del baño o de algún otro objeto (toallas, etc.). Esta idea se despierta por la semejanza clínica de las conjuntivitis consecutivas a padecimientos genitales y las de piscinas y los casos de conjuntivitis de piscina por contagio de una persona a otra. Es imposible admitir que la totalidad del agua esté infectada, porque es difícil explicar que en un total de treinta mil bañistas solo se infectaran 17 personas en la epidemia del baño de Gerichstrasse, en Berlín. Y, ¿cómo explicar que se hayan descrito casos típicos de conjuntivitis de piscina contraídos en el lago Michigan, en agua corrediza de los ríos y aún entre los bañistas en el mar? Es natural suponer con Paderstein, que el agente causal debe de encontrarse en cierto grado de concentración que puede ser realizable en copos de moco que floten y puedan llegar más fácilmente a la conjuntiva de algunas personas, principalmente de aquellas que abren los ojos en el agua y, explica que predomine fuertemente el sexo masculino, sin que quiera decir esta que no pueda ser igualado y aún superado por el débil, ya que el deporte se ha desarrollado en nuestros días con verdadero furor entre el elemento femenino. Se han presentado dudas respecto a esta opinión, pues algunos autores afirman que se conoce muy poco respecto a la uretritis por inclusiones y, uno de mis objetos en esta comunicación, es despertar entre los especialistas del aparato genito-urinario de ambos sexos la conveniencia de estudiar al microscopio el raspado de la mucosa uretral o vaginal en todos los casos en que exista un flujo al parecer amicrobiano por las técnicas generales y recurrir al Giemsa para buscar no solo la frecuencia y la presencia de las inclusiones epiteliales, sino también el estudiar biológicamente este grupo de afecciones para saber cuánto duran, qué relación tienen con el resultado del tratamiento, su significación diagnóstica, pronóstica, etc., etc.. Según Lindner la transmisibilidad del virus genital de la blenorrea por inclusión, se mantiene activo para el Pavian hasta durante una hora

en estado húmedo, siendo aniquilado inmediatamente por la desecación. Hay que recordar que el gonococo no prospera en las primeras condiciones (de humedad).

Casi nada se conoce respecto a la sintomatología de la uretritis por inclusiones. En 5 casos de uretritis sin gonococos Lindner descubrió al microscopio una imagen que correspondía en todo con la característica del tracoma y la secreción fué transmitible a la conjuntiva del mono. Lindner asegura que el virus uretral puede ser activo por años y capaz de ser transmitido de la uretra a la conjuntiva. Halberstadter y Prowasek encontraron inclusiones epiteliales en la desembocadura uretral de dos enfermas que habían dado a luz a niños con blenorrea por inclusiones. Heymann ha logrado experimentalmente la transmisión de la conj. del mono, de secreciones uretrales que habían dado un resultado negativo tanto al gonococo, como respecto a la presencia de inclusiones epiteliales. El mismo autor pudo inocular con éxito, la secreción vaginal de una púérpera que presentaba incl. conjuntivales, pero ninguna incl. en la vagina. Fritsch, ya citado, encontró al décimo día de la inoculación a la conj. del mono, inclusiones epiteliales no obstante que la secreción de la uretra había sido completamente negativa, respecto al gonococo y a las inclusiones. De ahí se desprende que no basta el que bacteriológicamente sea amicrobiana una secreción uretral o vaginal, para negar la posibilidad de ser agente de contagio respecto a las conjuntivitis. De ahí también, la necesidad de estudiar clínica y bacteriológicamente este grupo de afecciones del aparato genito-urinario para conocerlo en todos sus detalles, ya que está tan vinculado con la afección que ha sido el tema escogido para este trabajo. Sólo así llegaremos a definir la relación entre las afecciones oculares y genitales; el parentesco o identidad entre las conj. por incl. y la C. de P. y dejar el terreno hipotético, aunque seductor, de la posibilidad y realidad de contagios de los genitales al ojo, de ojo a ojo, directa o indirectamente y ayudar al problema de resolución última, el problema higiénico.

Me he permitido abusar de la atención que me han hecho favor de dispensarme, dando a conocer los trabajos principales, los de Rohrshneider y de Sandmann, publicados en el interesantísimo periódico "Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde" que dirige mi inolvidable maestro el señor profesor Axenfeld, porque, como ustedes han visto, el problema no se ha llegado a resolver de un modo satisfactorio, pero nos da luces muy interesantísimas, no sólo desde el punto de vista de la Oculística, sino porque en ellos vienen marcados los esfuerzos de las autoridades en Higiene, entre las que figuran en primera línea las de Berlín.

Para terminar, resumiré lo que he desarrollado en mi trabajo: Se ha demostrado que las vías genitales pueden ser asiento de infecciones con incl. epiteliales; que algunas veces en las madres y en las conjuntivas de niños nacidos de ellas, se han encontrado estos mismos elementos; que existen casos de infecciones de la conjuntiva de origen genital; que estas infecciones pueden ser transmitidas al mono, aun cuando no se encuentren las llamadas incl. epiteliales, sin presentar estas nunca, los elementos iniciales descritos en el tracoma y basta esto para colocar el problema genital al mismo nivel que el oftalmológico, con la diferencia de que si en ambos es obscuro y aún no resuelto, respecto al valor de las incl. como causa específica de infecciones tanto del ojo como genitales, en cambio la Oftalmología ha sobrepasado a la Venereología porque ha llegado a precisar, con singular acierto, los caracteres clínicos que permiten reconocer el importante grupo de las conjuntivitis granulosas. Solo unidos, repito, podremos llegar a precisar si las incl. representan una modalidad reaccional del elemento celular a diversas infecciones o si realmente estas incl. son específicas, si nó del tracoma, del otro grupo de conj. por inclusión, reunidas por estrecho parentesco clínico y biológico, lo que tal vez, conduzca a su fusión en un sólo grupo: el de origen genital.

No cansaré más a mi distinguido auditorio con las medidas higiénicas que se han implantado para prevenir estas afecciones. Nadie duda que no sea el baño el principal medio de contagio y aún los que no admiten la posibilidad de una contaminación total del agua, si creen que puede ser el vector de la infección. La supresión de algunas piscinas infectadas han suprimido las epidemias y, en épocas más recientes, la desinfección del agua, principalmente por el cloro, se ha generalizado y hecho obligatoria, realizando el mismo éxito preventivo. Casos hay, sin embargo, como ha acontecido en Marburgo, que a pesar de una desinfección por el cloro, hecha en las mejores condiciones, se ha llegado a suprimir las epidemias pero no los casos esporádicos, a pesar de filtraciones repetidas, de tener agua corrediza fresca, de contener 0.5 mg. de cloro y de renovar totalmente el agua cada tres semanas, sin que se haya podido encontrar la causa de este fracaso. Entre tanto se resuelve el problema de la prevención de la C. de P., hay que recomendar que no se permita la entrada al estanque sin previo aseo general y debe prohibirse el que los bañistas se orinen dentro del baño. La ropa debe ser estrictamente individual y, por último, toda agrupación deportiva debe tener un médico examinador que controle cualquier indicio de una afección ocular y si posible aun genital. La declaración de los casos de C. de P. debe ser obligatoria.