



Año 1917

N. 3275

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento del Tracoma

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICOLÁS F. LAISECA

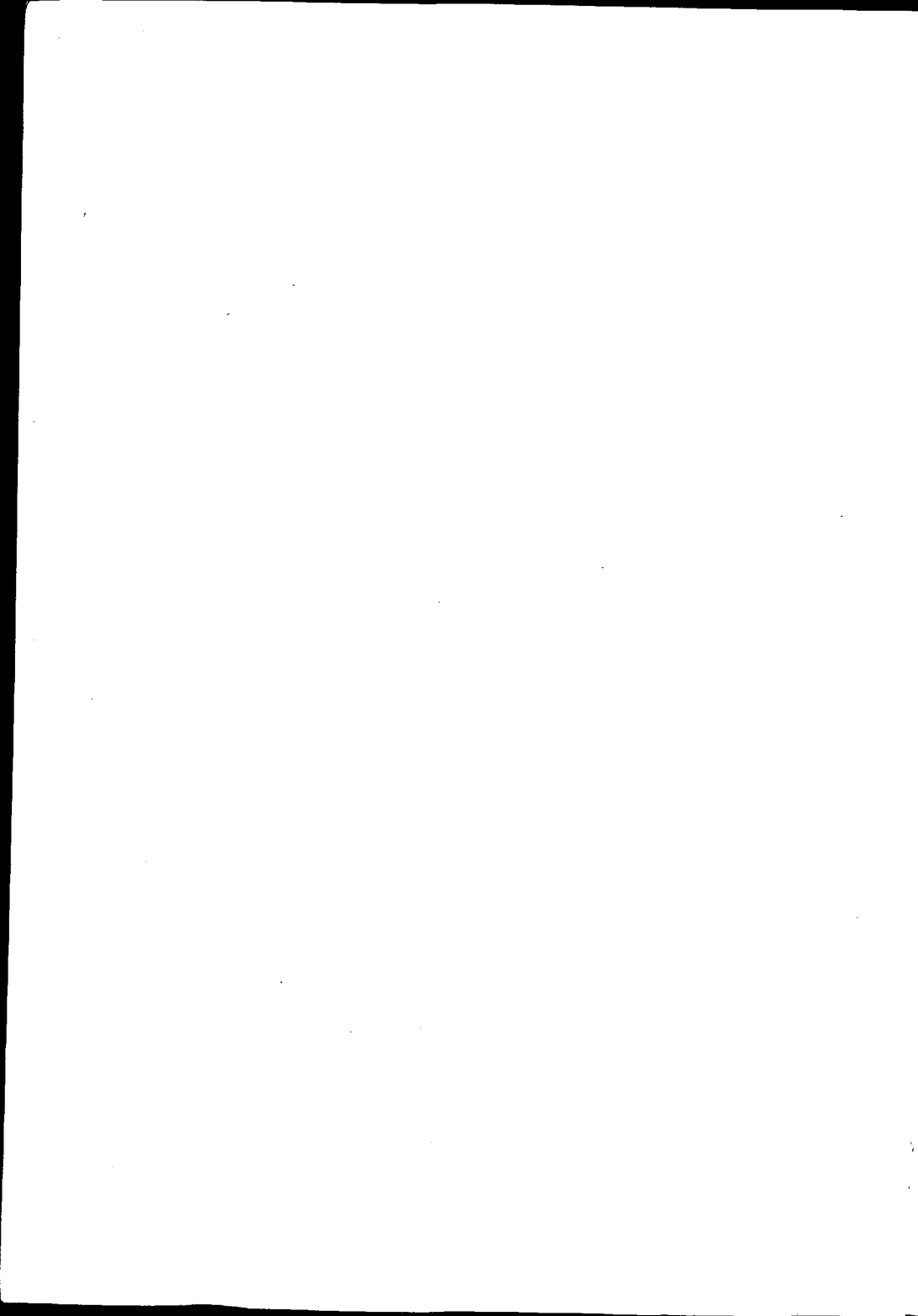


BUENOS AIRES

IMP. BOSSIO & BIGLIANI CORRIENTES 3151
1917

Mic G 20.12

TRATAMIENTO DEL TRACOMA



Año 1917

N. 3275

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Tratamiento del Tracoma

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

NICOLÁS F. LAISECA



BUENOS AIRES
IMP. BOSSIO & BIGLIANI CORRIENTES 315:
1917

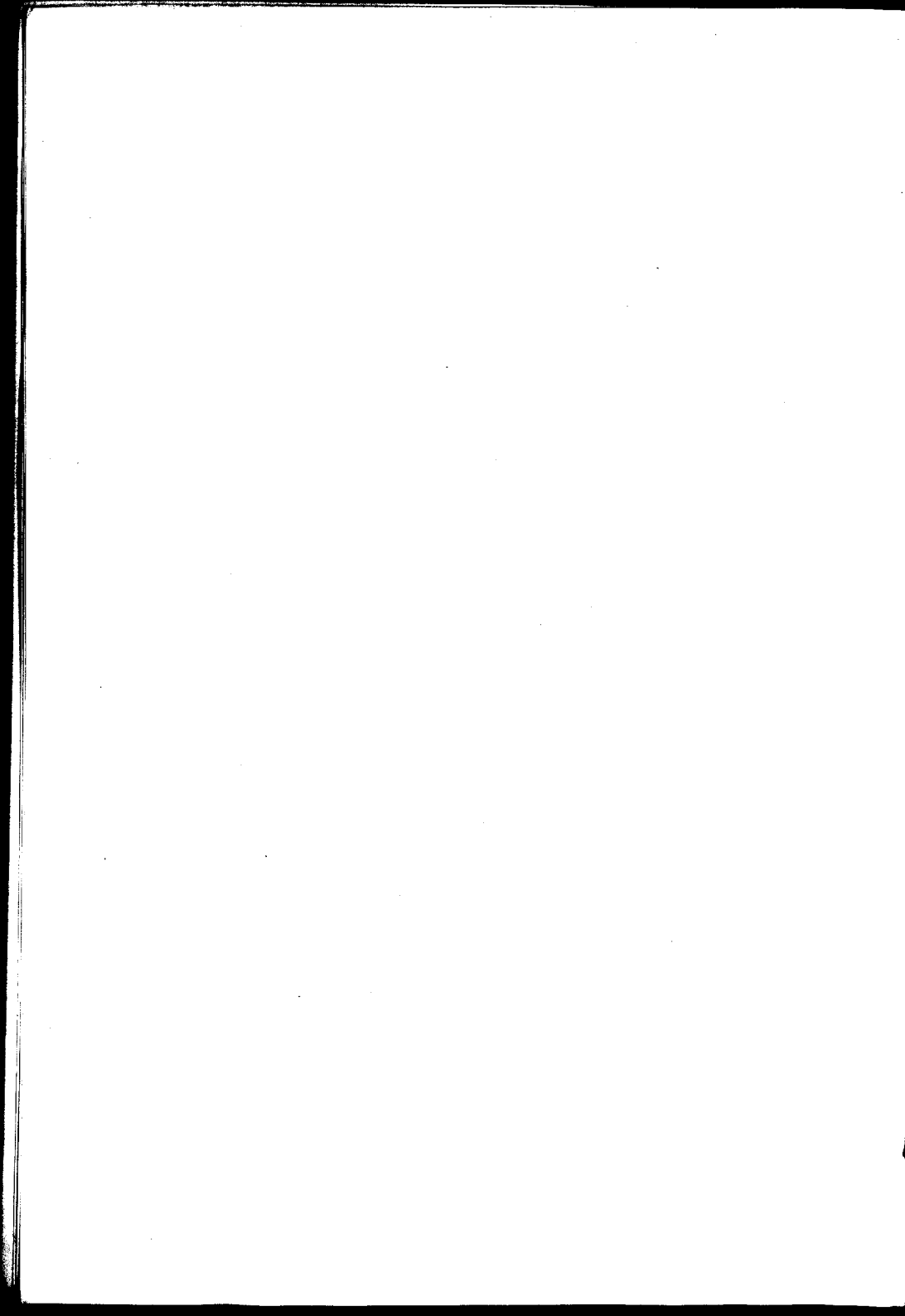
Handwritten notes:
1917
3275

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSO DE CASTRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

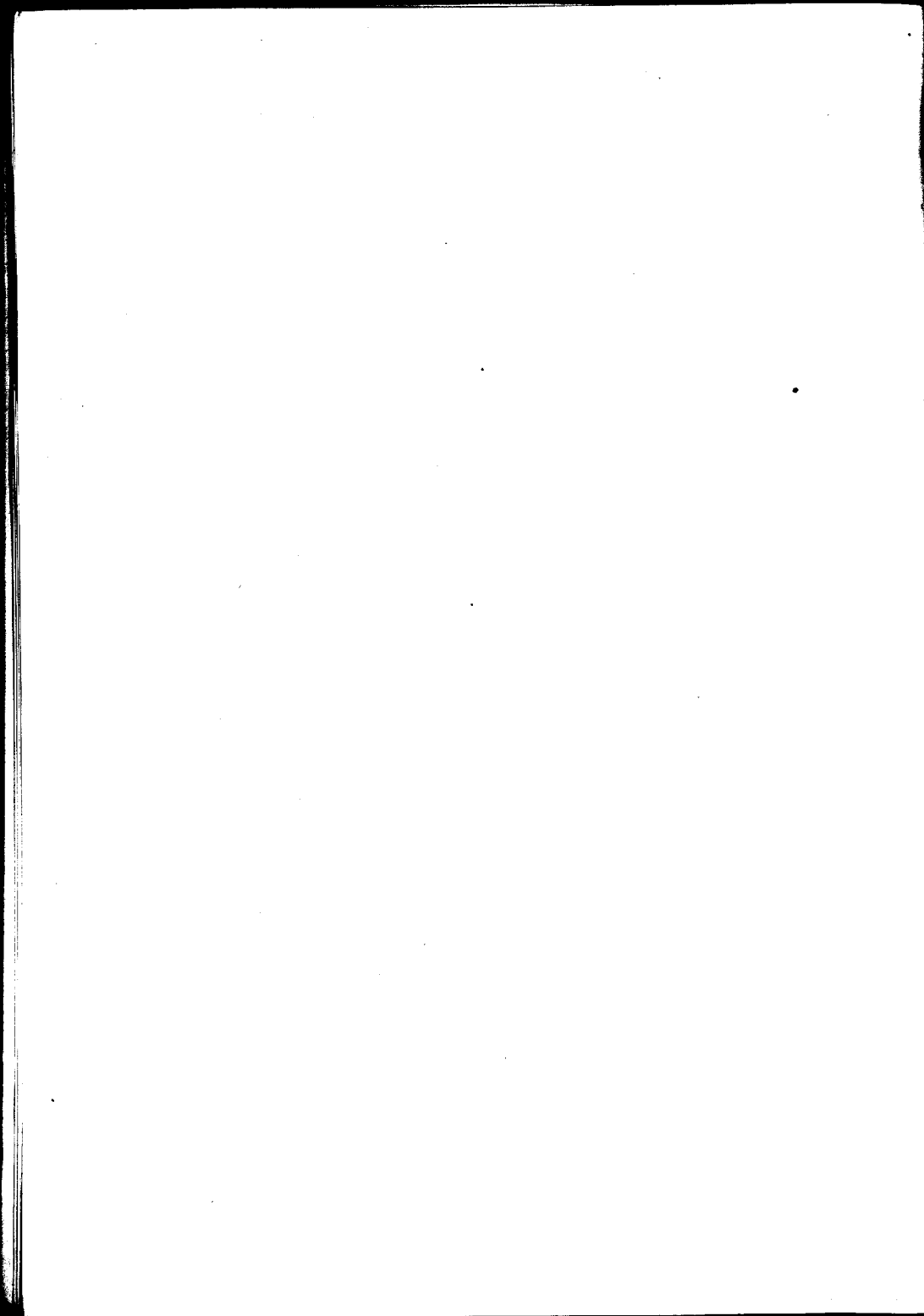
DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

- » » ELISEO CANTÓN
- » » ANGEL M. CENTENO
- » » DOMINGO CABRED
- » » MARCIAL V. QUIROGA
- » » JOSÉ ARCE
- » » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
- » » DANIEL J. CRANWELL
- » » CARLOS MALBRÁN
- » » JOSÉ F. MOLINARI
- » » MIGUEL PUIGGARI
- » » ANTONIO C. GANDOLFO (suplente)
- » » FANOR VELARDE
- » » IGNACIO ALLENDE
- » » MARCELO VIÑAS
- » » PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA

- » » JUAN A. GABASTOU
-



ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

» JUVENCIO Z. ARCE

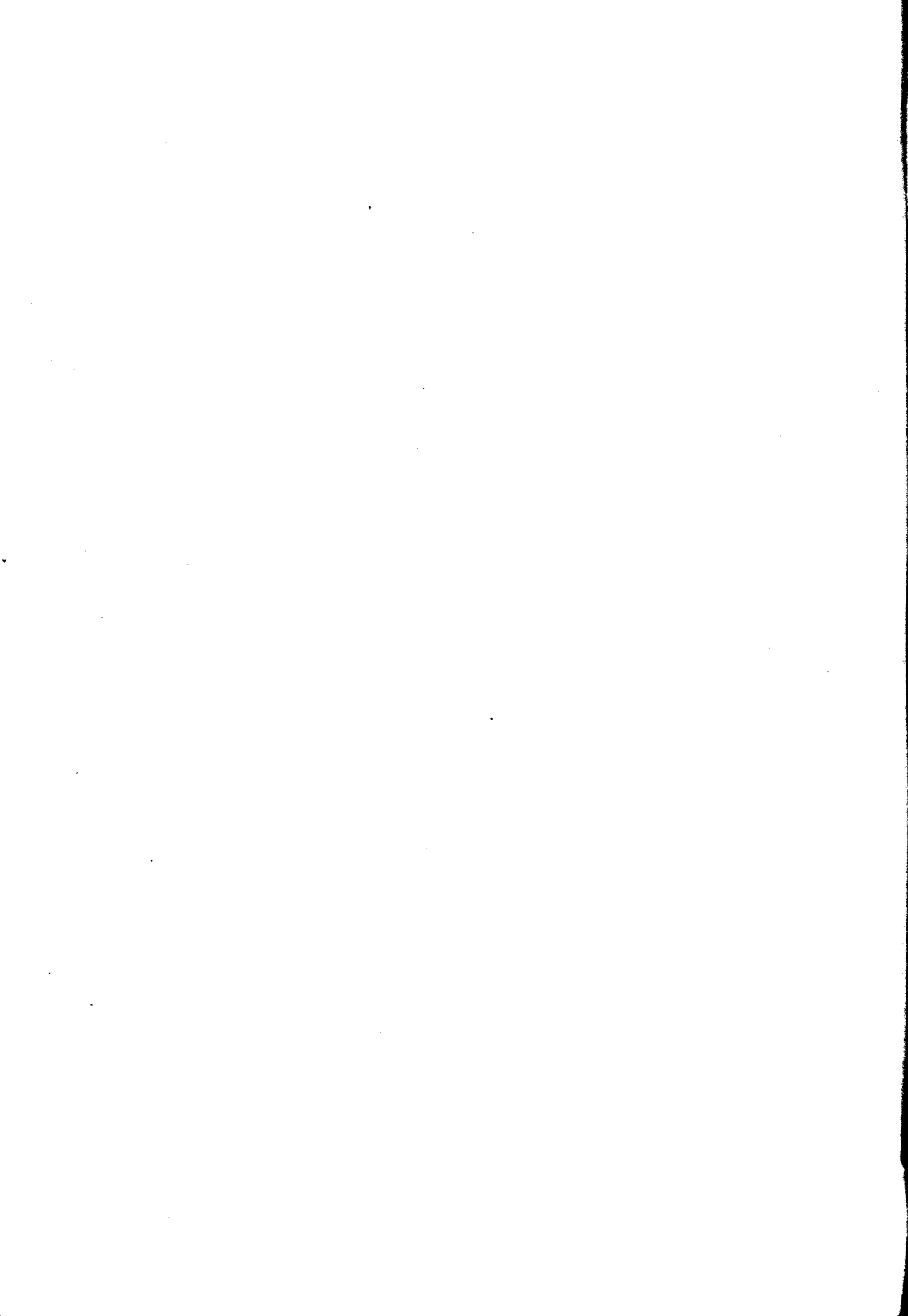
» PEDRO N. ARATA

» FRANCISCO DE VEIGA

» ELISEO CANTÓN

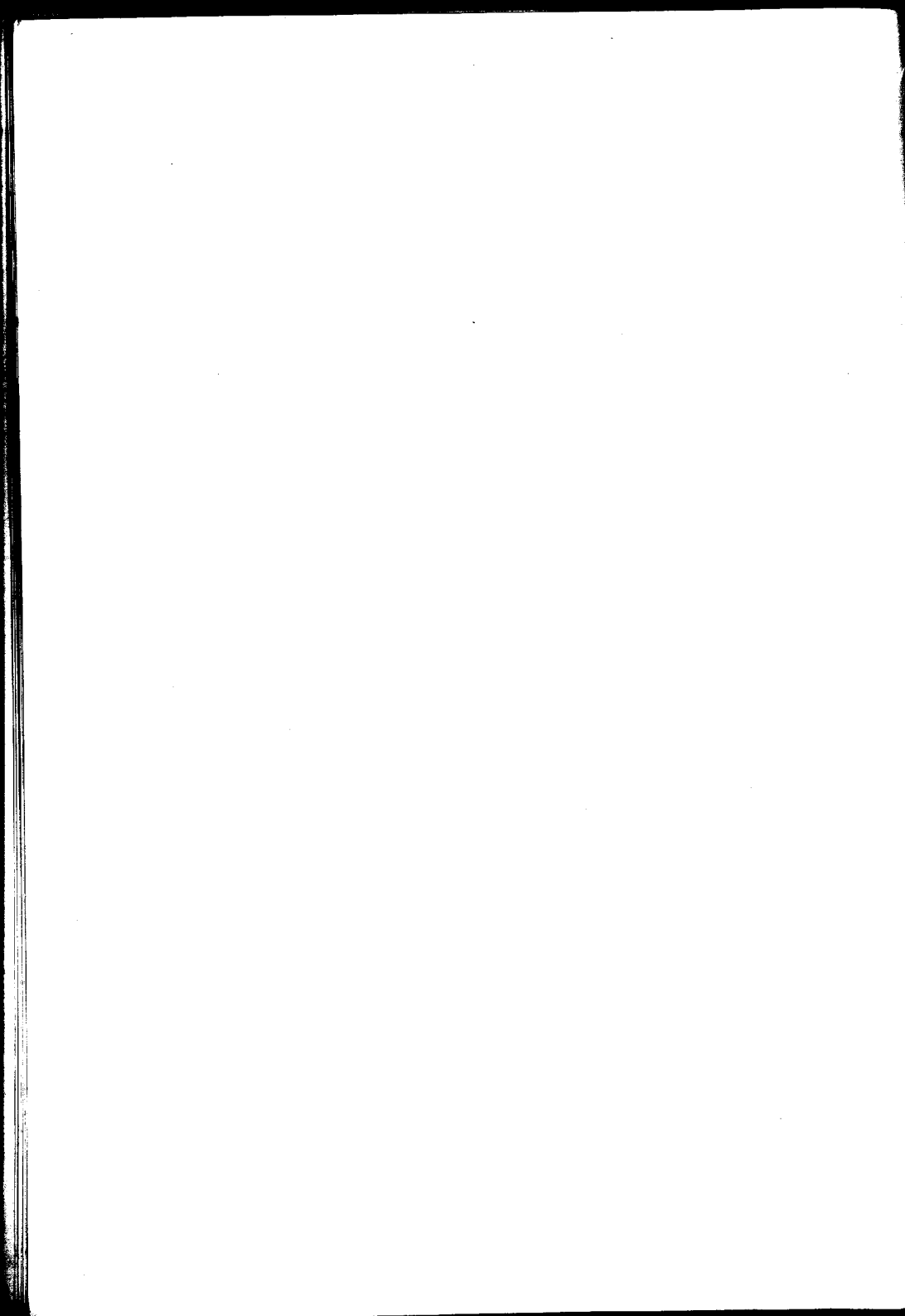
» JUAN A. BOERI

» FRANCISCO A. SICARDI



ESCUELA DE MEDICINA

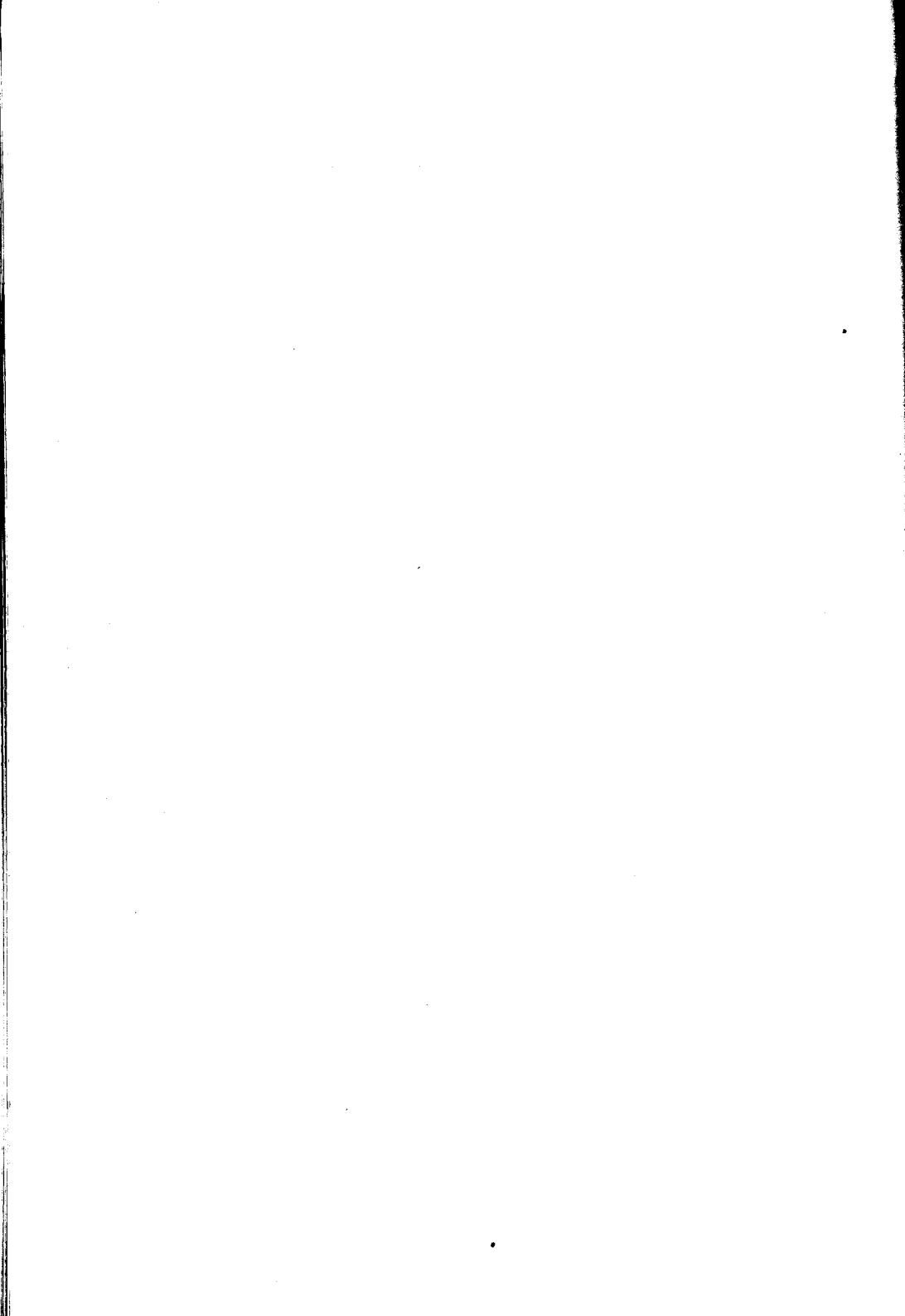
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAZONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana.	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica .	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada.....	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicio clínico. }	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIÉRREZ
Anatomía Patológica	» TELÉMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica.	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» BALDOMERO SOMMER
Clínica Génito-urinarias.....	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental.....	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica.....	» JOSÉ PENNA
Clínica Oto-rino-laringológica.	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna.....	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica.....	(vacante)
	» LUIS GÜEMES
» Médica.....	» LUIS AGOTE
	» IGNACIO ALLENDE
	» ABEL AYERZA
	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica.....	» DIÓGENES DECOUD
	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica.....	» JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica.....	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica.....	» ENRIQUE ZÁRATE
» Obstétrica.....	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal.....	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica.....	» ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

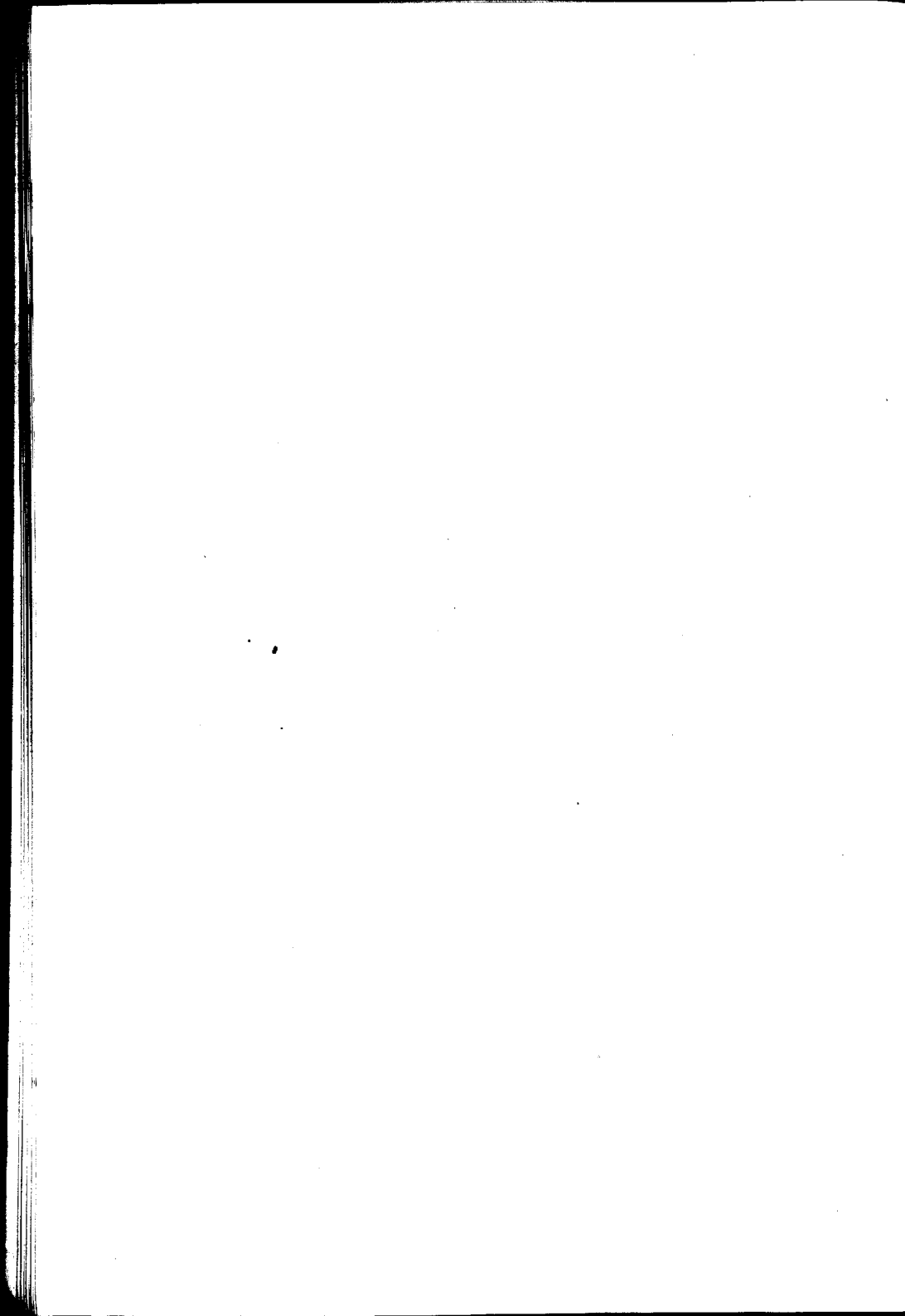
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología éMdica.....	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALIANO
	» JUAN CARLOS DELFINO
Bacteriología.....	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica.....	» PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica..	» MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica.....	» BENJAMÍN T. SOLARI
	» JOSÉ T. BORDA
Clínica Pediátrica.....	» ANTONIO F. PIÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
Patología Interna.....	» MARCELINO HERRERA VEGA
Clínica oto-rino-laringológica..	» RICARDO COLON
	» ELISEO V. SEGURA



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica médica.....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología médica.....	> GUILLELMO BERBER
Anatomía descriptiva.....	> SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	> RIGENIO GALLI
Bacteriología.....	> FRANK L. SOLER
Química Biológica.....	> BERNARDO HOUSSEY
Higiene Médica.....	> RODOLFO RIVAROLA
Semiología y ejercicios clínicos.....	> SALVADOR MAZZA
Anatomía patológica.....	> BENJAMIN GALARCE
Materia médica y terapéutica.....	> FELIPE A. JUSTO
Medicina operatoria.....	> MANUEL V. CARBONELL
Patología externa.....	> CARLOS BOMOHINO UDAONDO
Clinica dermato-sifilográfica.....	> ALFREDO VITON
> Génito urinaria.....	> JOAQUÍN LLAMBIAS
> epidemiológica.....	> ANGEL H. ROFFO
> oftalmológica.....	> JOSÉ MORNO
> oto-rino-laringológica.....	> ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología interna.....	> CARLOS ROBERTSON
Clinica quirúrgica.....	> FRANCISCO P. CASTRO
> Neurológica.....	> CASTELFORT LEGONES
> Médica.....	> NICOLÁS V. GREGO
> pediátrica.....	> PEDRO L. BALISA
> ginecológica.....	> JOAQUÍN NIN POSADAS
> obstétrica.....	> FERNANDO R. TORRES
Medicina legal.....	> FRANCISCO DESTEFANO
	> ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	> ENRIQUE E. DEMARÍA
	> ADOLFO NOCHETI
	> JUAN DE LA CRUZ CORREA
	> MARTIN CASTRO ESCALADA
	> PEDRO LABAQUIT
	> LEGUIBAS JORGE FACIO
	> PABLO M. BARBARO
	> EDUARDO MARINO
	> JOSÉ ARCE
	> ARMANDO R. MAROPTA
	> LUIS A. TAMINI
	> MIGUEL SENSESI
	> ROBERTO SOLÉ
	> PEDRO CHUTRO
	> JOSÉ M. JORGE (H.)
	> OSCAR COPELLO
	> ADOLFO P. LANDIVAR
	> VICENTE DIMITTI
	> ROMULO H. CHIAPPORI
	> JUAN JOSÉ VITON
	> PABLO J. MORSALINE
	> RAFAEL A. REILRICH
	> IGNACIO IMAZ
	> PEDRO ESCUDERO
	> MARIANO R. CASTEX
	> PEDRO J. GARCIA
	> JOSÉ DEDEFANO
	> JUAN R. GOYENA
	> JUAN JACOBO SPANGEMBERG
	> MAMERTO ACCUÑA
	> GENARO SISTO
	> PEDRO DE ELIZALDE
	> FERNANDO SCHWEIZER
	> JUAN CARLOS NAVARRO
	> JAIME SALVADOR
	> TORIBIO PUGCARDO
	> CARLOS R. CIRIO
	> OSVALDO L. BOITARO
	> ARTURO ENRIQUEZ
	> ALBERTO PERALTA RAMOS
	> PAULINO J. TRONCÉ
	> JUAN B. GONZALEZ
	> JUAN C. BISSI DOMINGUES
	> JUAN A. GABASTOW
	> ENRIQUE A. DOERO
	> JOAQUÍN V. GREGO
	> JAVIER BRANDAN
	> ANTONIO PODESTÀ



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

Anatomía, Fisiología, etc. DR. J. C. LLAMES MASSINI

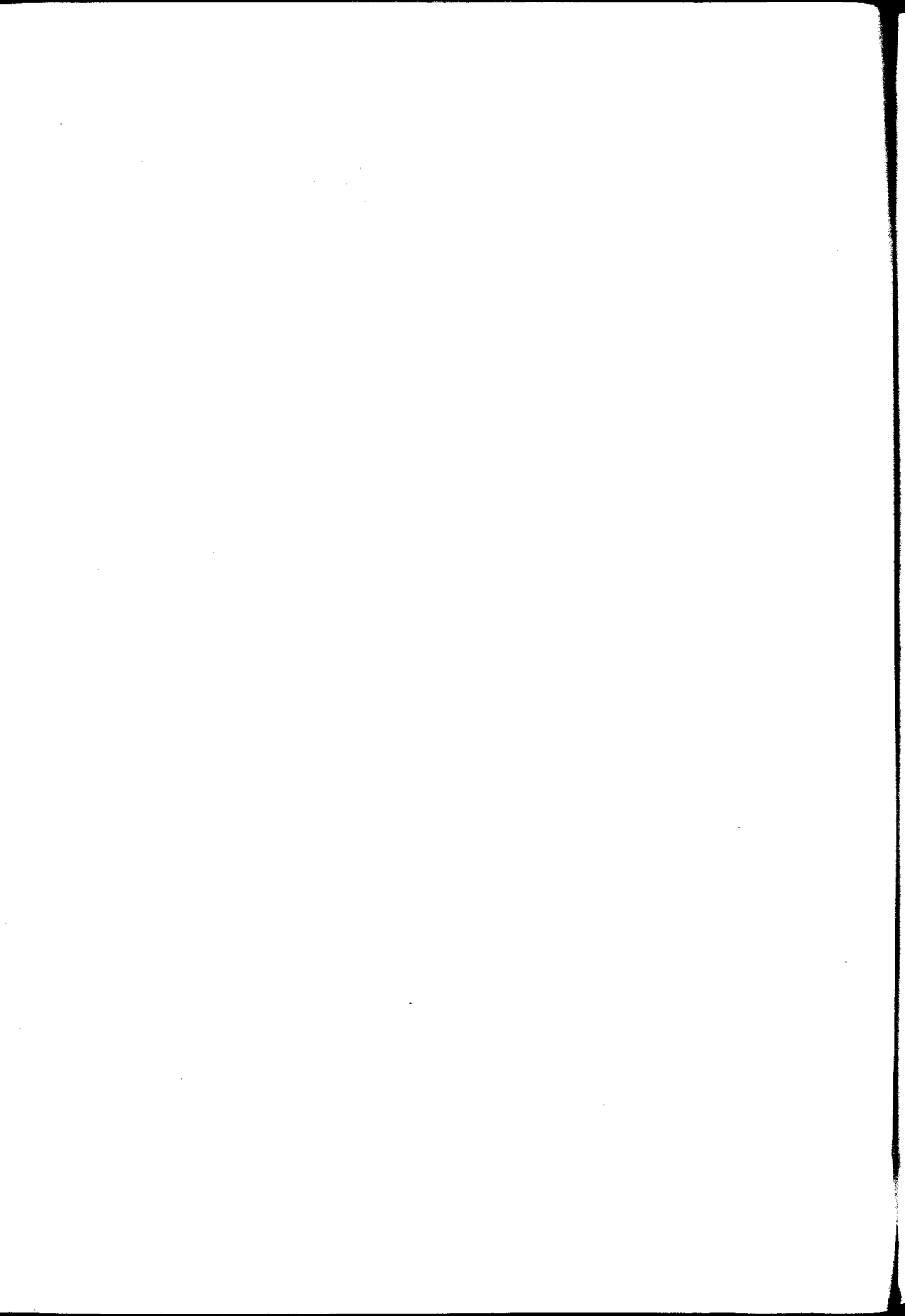
Segundo año:

Parto fisiológico DR. MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

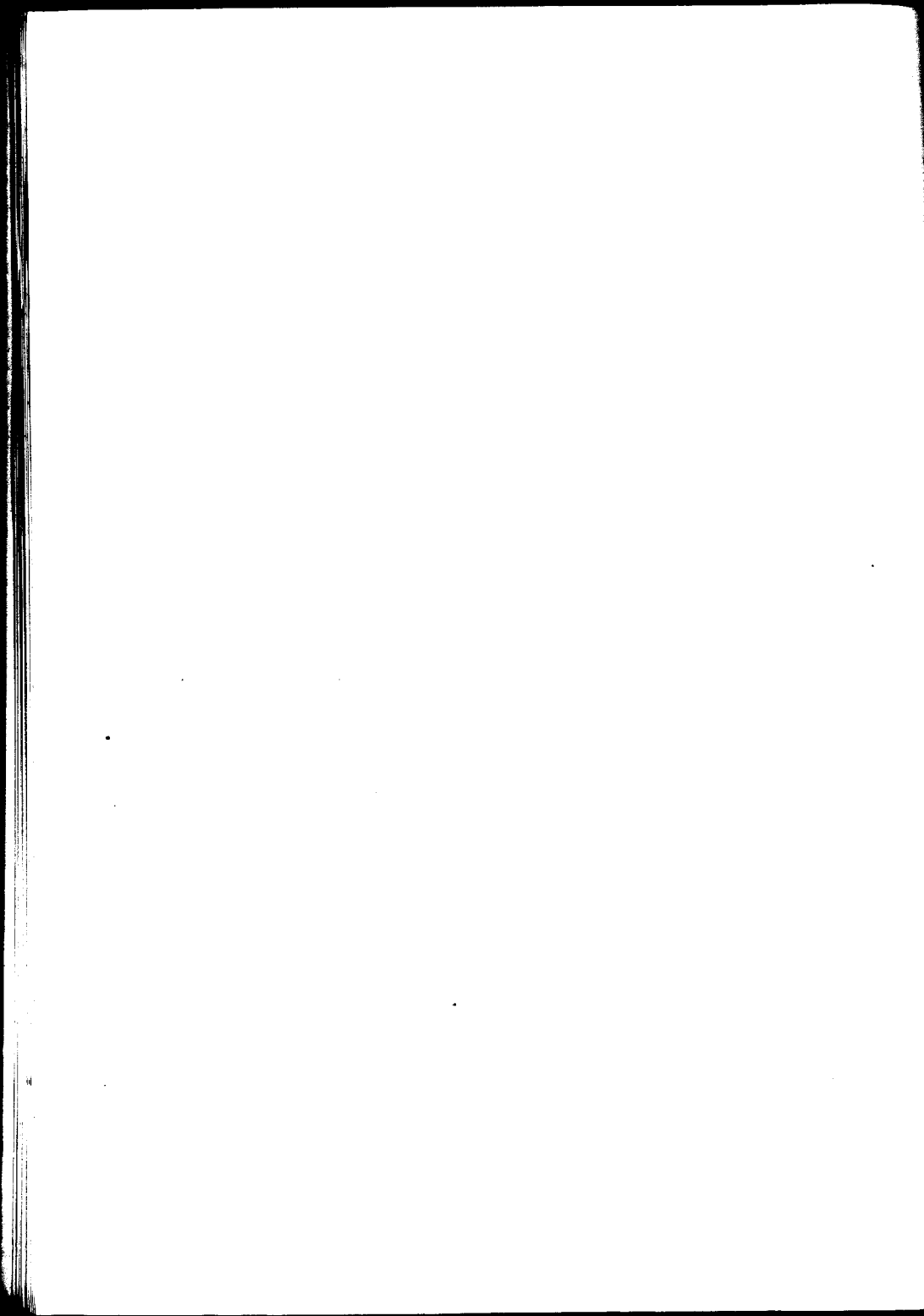
Clinica ostétrica DR. FANOR VELARDE

Puericultura DR. UBALDO FERNÁNDEZ



ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general, Anatomía, Fisiología comparada.....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía.....	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada.	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada.....	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas.....	SR. JUAN A. DOMÍNGUEZ
Física farmacéutica.....	DR. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicoló- gica (primer curso).....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica.....	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicoló- gica (segundo curso) y en- sayo y determinación de drogas.....	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas.....	» RICARDO SCHATZ
Asignaturas	
Técnica farmacéutica.....	{ SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas.....	» OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica.....	DR. TOMÁS J. RUMÍ
Química orgánica.....	{ SR. PEDRO J. MÉNIGOS
	» LUIS GUAGLIALEMELLI
Química analítica.....	DR. JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica.....	{ » ANGEL SABATINI
	» EMILIO M. FLORES

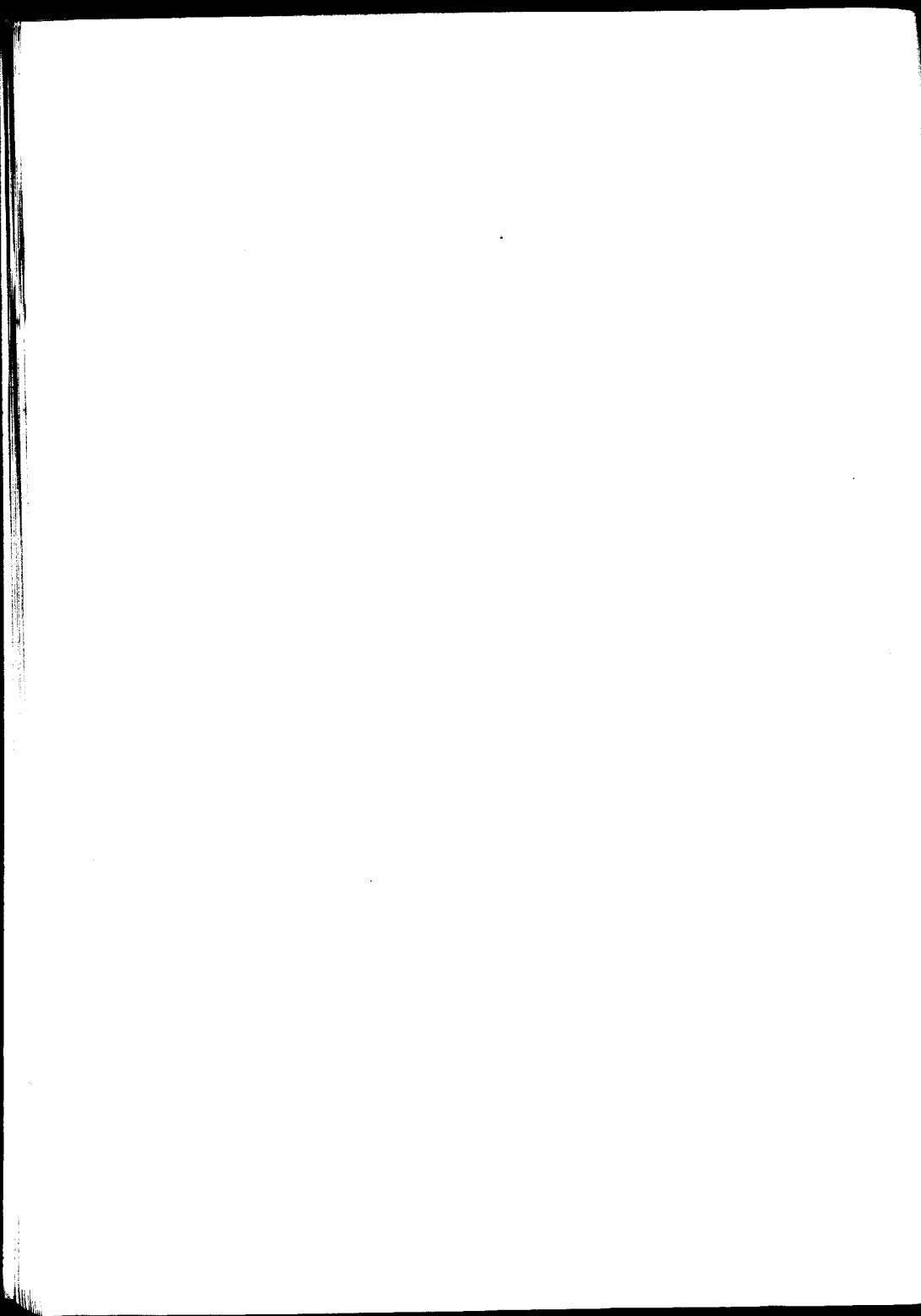


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1.er año.....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año.....	» LEÓN PEREYRA
3.er año.....	» N ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	SR. ANTONIO J. GUARDO

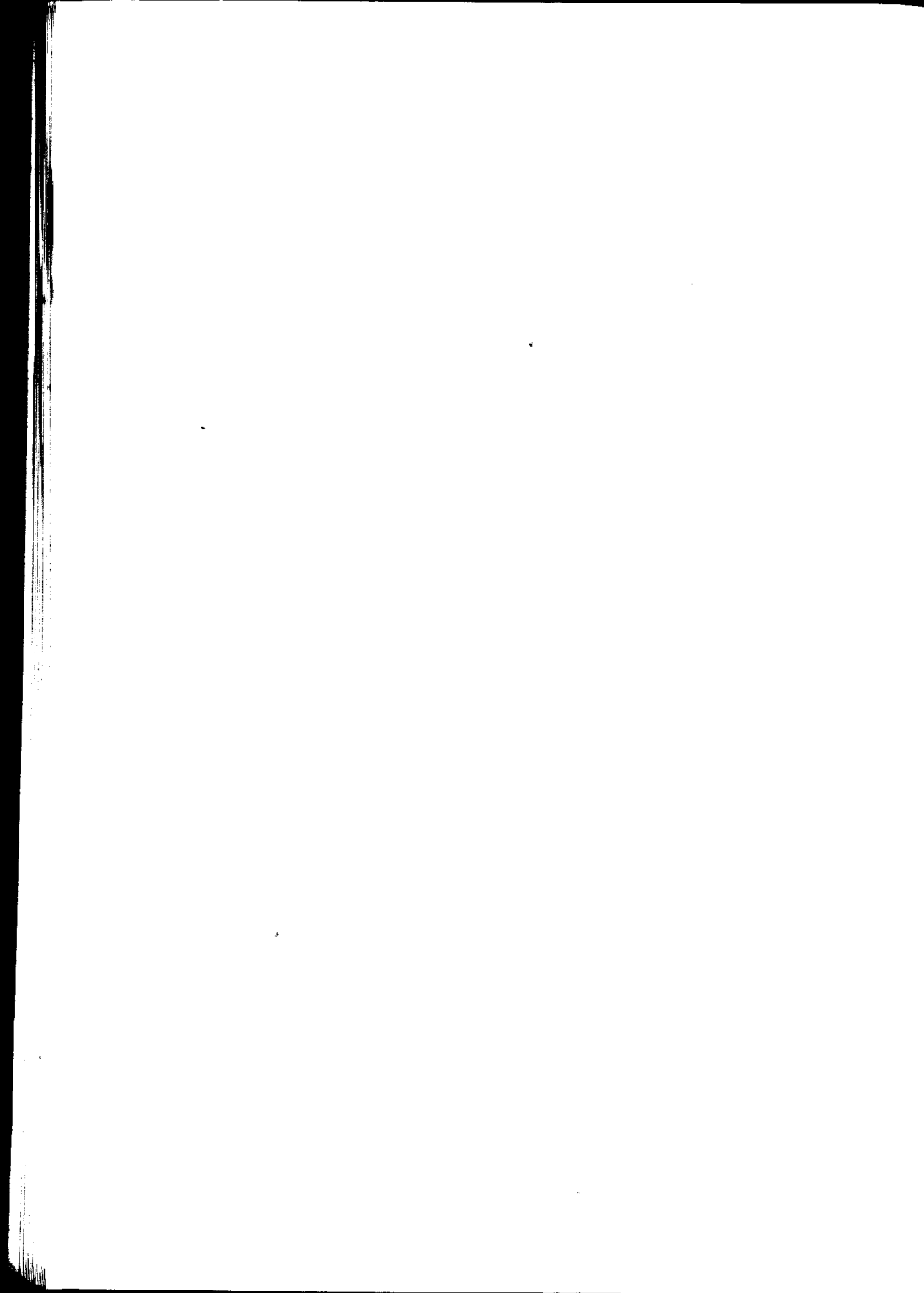
Catedráticos suplentes

DR. ALEJANDRO CABANNE
» TOMÁS S. VARELA (2º año)
SR. JUAN U. CARREA (Protesis)

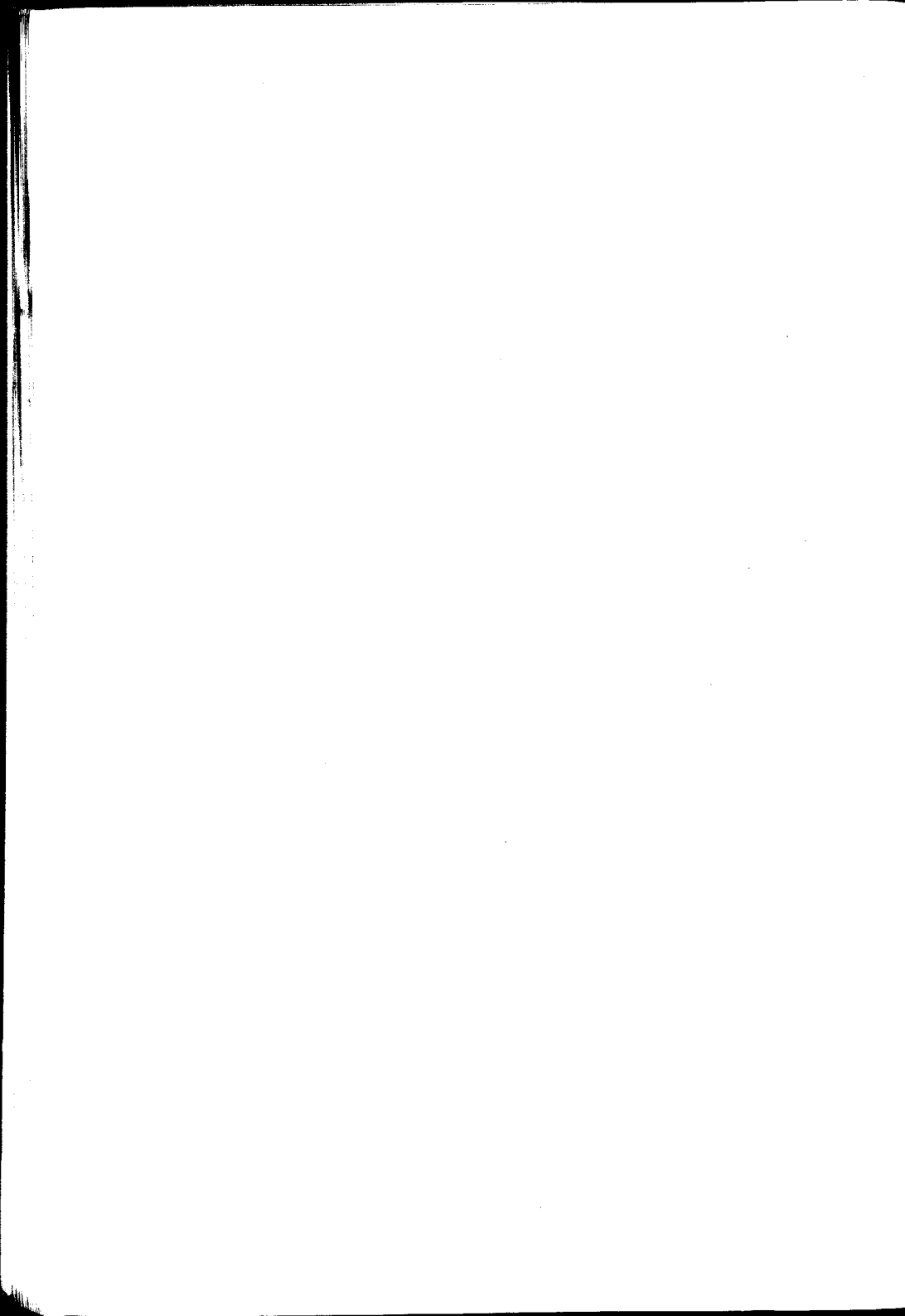


PADRINO DE TESIS:

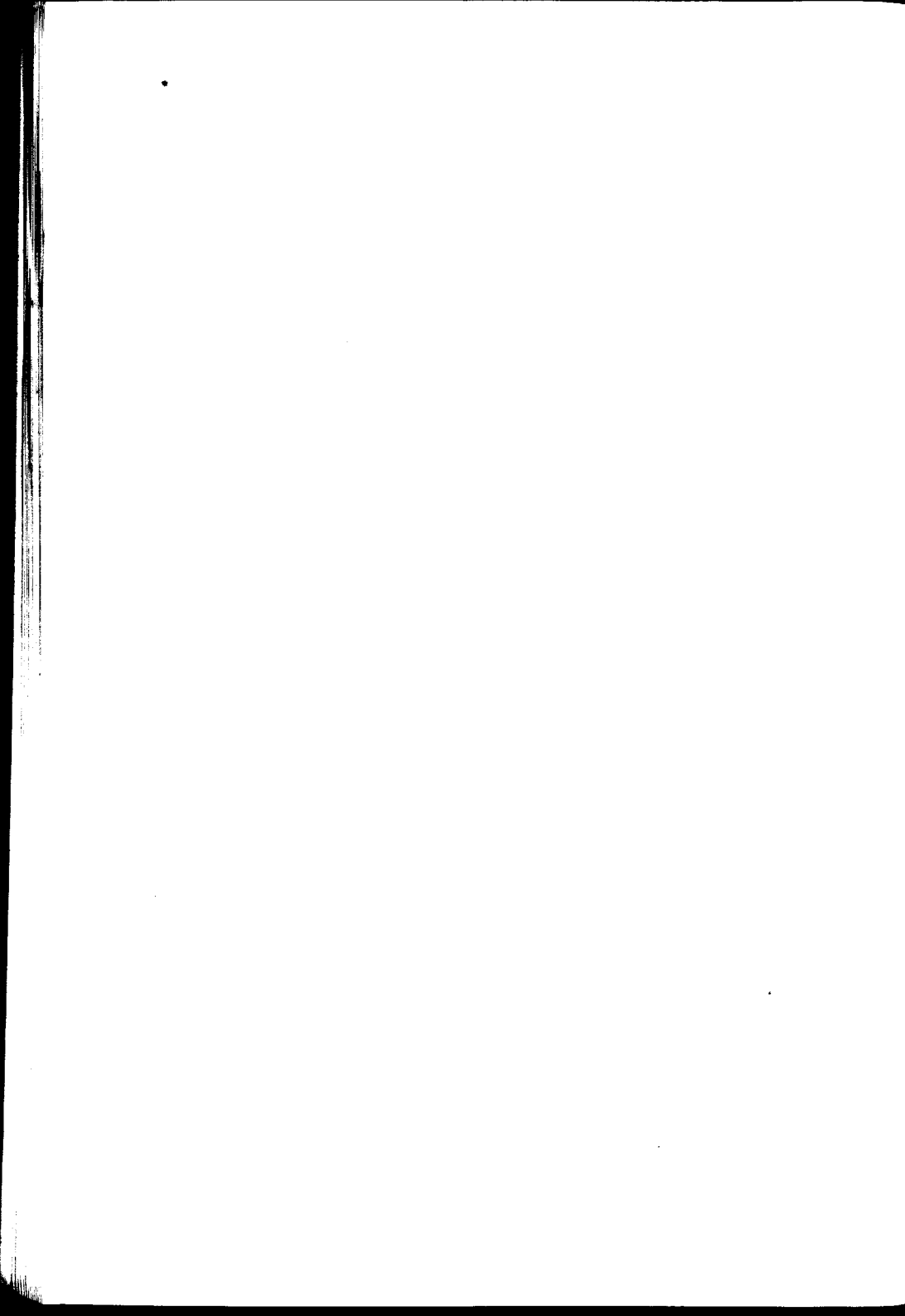
DR. FEDERICO IRIBARREN



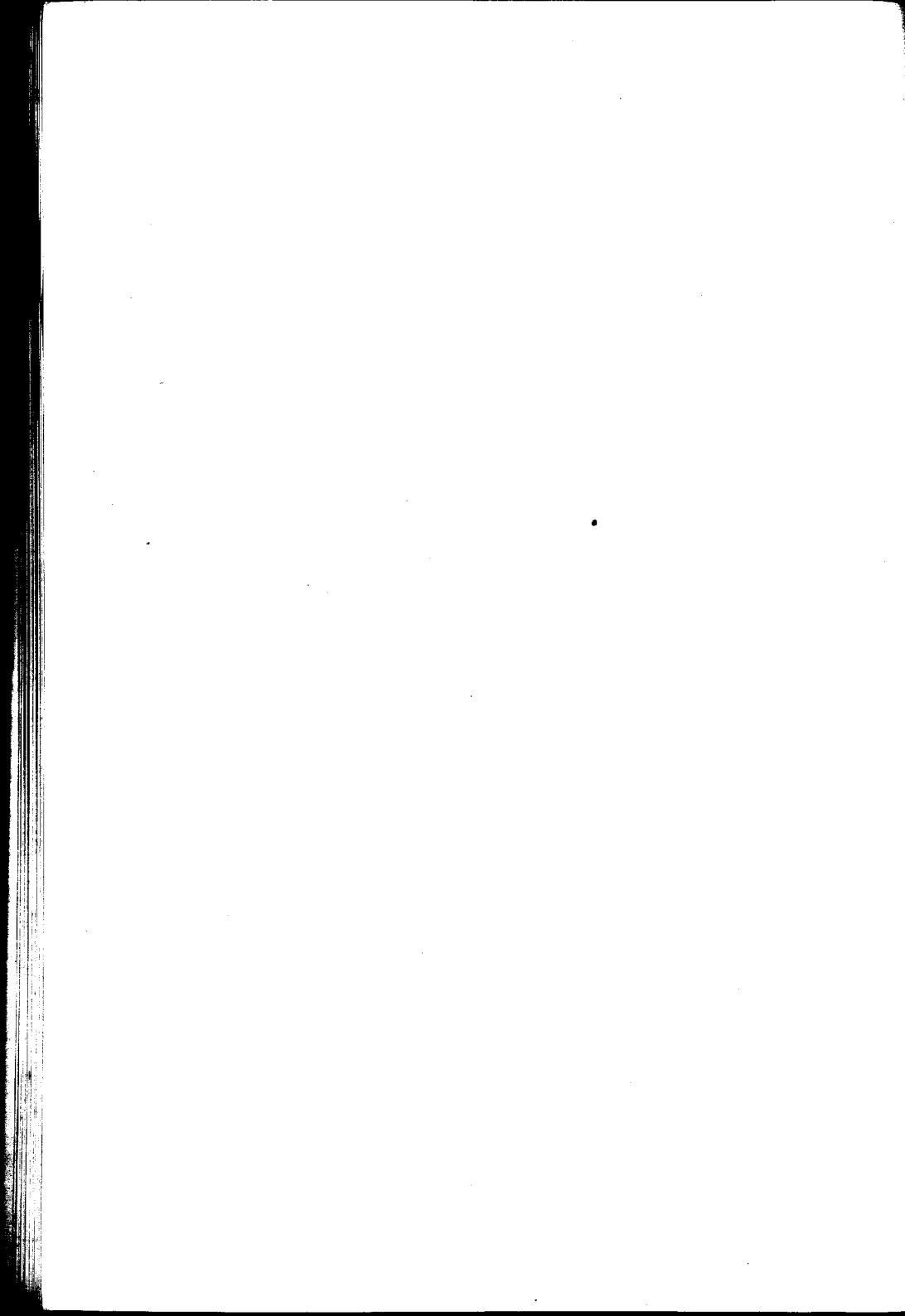
A LA MEMORIA DE MI PADRE



A MI MADRE



A LOS MIOS



Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

La última formalidad que me exige nuestra Facultad queda cumplida con la presentación de esta tesis.

Aprovecho esta oportunidad para hacer constar mi reconocimiento a todos aquellos, que directa o indirectamente han contribuido a mi educación profesional.

Es desde este punto de vista que tengo que manifestar mi agradecimiento a los señores profesores de nuestra escuela y al Dr. Federico Iriren de quienes y del cual conservaré imperecedero recuerdo.

La forma de poder llegar a una cura radical del tracoma, ha sido y es una de las mayores preocupaciones de los oculistas de todos los paí-

ses, y el número de los procedimientos imaginados es la mejor prueba de que si bien se mejoran y hasta curan gran número de los enfermos convenientemente atendidos, todavía no hemos llegado a obtener un tratamiento realmente específico y que nos de la mayoría de probabilidades sobre la curación de un tracoma cualquiera.

Los medios de que se han hecho uso para llegar a este objeto, son: médicos y quirúrgicos.

Tratamiento médico

Durante muchísimos años, ha sido este el único medio empleado; aun hoy día conserva la supremacía, bien usado exclusivamente, o como un complemento del quirúrgico.

Infinidad de medicamentos se han prescrito contra la conjuntivitis granulosa, algunos todavía en uso, otros ya abandonados. De ellos vamos a estudiar, los más usados por los beneficios que reportan al enfermo; éstos son:

Sulfato de cobre

El sulfato de cobre, empleado desde la más remota antigüedad, nos da en la mayoría de los casos en que su indicación es precisa, resultados sorprendentes.

Las formas bajo las cuales se aplica son: el lápiz, la pomada y el glicerolado.

El lápiz debe ser un cristal de sulfato de co-

bre bien pulido y de punta redondeada ; para usarlo se invierten los párpados y se pasa suavemente sobre toda su superficie conjuntival, no olvidando de tocar los fondos de saco, no hay necesidad de lavar el exceso de sulfato de cobre, las aplicaciones deben ser diarias en los primeros tiempos de la enfermedad, y a medida que esta mejora se pueden alargar los intervalos de las curas.

La pomada se emplea al 1/2 o 1 por ciento de sulfato de cobre disuelto en vaselina.

Mejor que la pomada es el glicerolado de cobre a 10 %. Estas dos últimas preparaciones del sulfato de cobre, deben ser empleadas, depositando una pequeña cantidad en el fondo de saco conjuntival y llevando el tratamiento en la misma forma que con el lápiz ; resulta más cómodo y menos costoso para el enfermo, pues él mismo puede efectuar su cura y además tiene su indicación en los casos de retracción pronunciada de la conjuntiva.

La acción de este medicamento es cáustica, exagera la hiperemia de la conjuntiva y produce una linfocitosis local, además se manifiesta una abundante secreción que favorece la eliminación del agente específico.

De esta forma de obrar se desprende que el sulfato de cobre se debe emplear en casos contrariamente opuesto en sus caracteres a los que

está indicado el nitrato de plata, debiendo aplicarse aquel en los tracomas de forma sub-aguda o crónica y en todos los que los fenómenos inflamatorios sean moderados y la secreción escasa o nula. También lo usaremos en los casos, en que después de un tratamiento por el nitrato de plata, las granulaciones han perdido sus síntomas inflamatorios agudos. Si este estado de cronicidad y sequedad de la conjuntiva, ha sido obtenido gracias al tratamiento quirúrgico; lo usaremos igualmente pues viene a completarlo.

En cambio de ninguna manera lo empleamos en los casos en que recomendamos el nitrato de plata, o sea en aquellos en que exista congestión o exudación manifiesta; todo fenómeno agudo lo contraindica, lo mismo que las úlceras corrosivas de la cornea.

Es pues el sulfato de cobre un poderoso remedio sancionado ya por una experiencia de muchos años y una infinidad de observaciones.

Nitrato de plata

El nitrato de plata se aplica bajo dos formas: en disolución y en barra. La llamada barra es un compuesto de una parte de nitrato de plata y dos de nitrato potásico; para aplicarla, una vez puesto los fondos de saco al descubierto, se la pasa suavemente por toda la superficie de la

conjuntiva y a continuación se hace un lavado con suero fisiológico. Hoy en día se emplea muy raras veces el nitrato en esta forma.

Las disoluciones de nitrato de plata se hacen en agua destilada, con lo que se evita que la materia orgánica lo altere y se conservan en frascos de vidrio de color apropiado para que la luz no lo descomponga. Se prescriben al 1 o 2 por ciento, según la intensidad del caso y la sensibilidad y tolerancia del enfermo. Las curas se hacen en los casos de gran intensidad dos veces al día y comúnmente una sola vez y aun una cada dos días.

Para hacer la cauterización se pasa un algodón empapado en una solución de nitrato al 1 o 2 % por la superficie conjuntival de los párpados invertidos e inmediatamente se lava con suero fisiológico. La acción de este medicamento es muy dolorosa y en los casos exagerados, el dolor se mitiga colocando sobre los párpados y por el tiempo que dure compresas frías; nunca debe instilarse cocaína antes del nitrato de plata.

Cuando el nitrato se pone en contacto con la conjuntiva se forma con los cloruros existentes en las lágrimas, un precipitado de cloruro argéntico que se reconoce por el color blanco lechoso que comunica a aquellas. Coagula los albuminoides y por ello se forma una escara superficial

y nunca llega al interior de las granulaciones; bajo su influencia la circulación de la conjuntiva es activada. La formación de la escara supone la destrucción de la capa externa de las granulaciones y la muerte de los microorganismos que en ella se encuentran. El aumento de la intensidad de la circulación hace que los exudados se absorban.

Después de varios días de aplicar este medicamento, la inyección de la conjuntiva disminuye, lo mismo se nota respecto a la cantidad de exudado y purulencia; los síntomas subjetivos mejoran notablemente. Las indicaciones se deducen de su acción. Encontramos en ella dos propiedades principales; una, es la acción cáustica por la coagulación de los albuminoides y la otra la contracción vascular que activa la circulación y disminuye la congestión.

Por la primera lo podríamos usar en todos los tracomatosis, pues en todos ellos nos conviene la destrucción de la granulación y de su agente específico, mas por la segunda limitaremos su uso a las formas agudas y a todas las que vayan acompañadas de una gran vascularización y abundante secreción.

En cuantos casos reúnan estas condiciones, la aplicación de esta sal argéntica, produce excelentes resultados; bien pronto la vascularización y

la secreción disminuyen y en pocos días la mejoría es notable.

Las contraindicaciones están siempre por parte de la cornea. En efecto, si ésta se encuentra profundamente ulcerada, la cauterización puede convertir en escara, la ligera muralla de cornea que separa el exterior, de la cámara anterior y entonces nos encontramos ante una perforación, siempre peligrosa, que nos expone a la hernia del iris y al flemón del ojo. Así el nitrato estará contraindicado en la queratitis supurada y su uso debe suspenderse hasta que por un tratamiento apropiado desaparezca la inflamación de la cornea; en las úlceras corneanas profundas procederemos de igual modo, pero si son superficiales o están en período de reparación, la contraindicación es nula y debemos usar el nitrato con algunas precauciones. Tampoco constituirá una contraindicación la existencia de pústulas periqueráticas o conjuntivales. El uso prolongado por mucho tiempo produce argirosis.

Protargol

El protargol, cuerpo más estable que el anterior, que en presencia de los cloruros, de la albúmina y de los compuestos alcalinos no precipita, es poco dolorosa. La forma como aplicamos este

medicamento, es la misma que la del nitrato de plata.

Ahora bien, en la práctica tratando el tracoma ¿es el protargol un medicamento de verdadera eficacia? Darier, Gotti de Bolonia y otros oculistas que lo han empleado, están conformes en asegurar que esta sal, en la conjuntivitis granulosa, produce magníficos resultados, substituyendo al nitrato de plata en los casos en que éste está indicado. Como vemos por las observaciones de los autores anteriormente citados, las indicaciones del protargol son las mismas que las del nitrato de plata.

Ictiol

El ictiol ha sido empleado por el Dr. Eberson en nueve casos con resultado feliz en todos ellos.

Es un medicamento usado bajo la forma de disolución y pomada a la proporción de 1/2, 1 y más por ciento, es mejor la disolución por la acción irritante de la vaselina que se encuentra en la pomada. La disolución se hace a partes iguales de agua destilada e ictiol y se usa cada dos días.

Vueltos los párpados y mantenidos con la mano derecha en esta posición, se les pasa un pincel empapado en la solución ictiolada y a continuación se hace un masaje vigoroso de los pár-

pados, que no resulta doloroso por las propiedades del ictiol; la cura debe durar un minuto más o menos y el exceso de medicamento se quita con un trozo de algodón.

Por la influencia de esta forma de obrar se congestiona grandemente la conjuntiva y el enfermo experimenta una sensación de picor intenso; más al cabo de un cuarto de hora la congestión disminuye y las molestias desaparecen. Su acción es profunda y no deja cicatrices.

Siguiendo esta misma técnica, muchos oftalmólogos han tratado buen número de enfermos, pero sus observaciones no concuerdan con las del Dr. Ebersson.

Jacovide, Darier y otros no creen que este medicamento sea de utilidad.

Nieve carbónica

También se ha usado la nieve carbónica; vamos a describir el procedimiento empleado con tan feliz éxito por el Dr. Hartson en Hon-Kong, sobre cincuenta casos de tracoma en distintos grados de evolución, de los cuales cuarenta y dos de los enfermos curaron y ocho continuaron en tratamiento. (1)

(1) El Dr. García del Manso de Madrid tiene ideado un sencillo y cómodo aparato para este fin.

Se comprime la nieve dándole una forma de lápiz con punta fina, pero de una resistencia suficiente para que con ella se pueda ejercer cierta presión sobre la superficie de la conjuntiva. Se tocan primeramente los repliegues más profundos de los fondos de saco, luego se pasa sobre la conjuntiva tarsiana dejándose entre el pasaje por los fondos de saco y la conjuntiva del tarso un espacio de tiempo suficiente para que se calme la sensación dolorosa que el primer toque produce.

En la primera aplicación solo se podrá tener el lápiz en contacto con la parte enferma quince segundos, alargándolos hasta veinte así que el enfermo se vaya acostumbrando al tratamiento. Las aplicaciones deben ser hechas una vez por semana. Las úlceras superficiales y el pannus no son una contraindicación, pues ellas desaparecen en la mayoría de los casos rápidamente.

Las conjuntivitis granulosas agudas con tumefacción de los párpados y abundante secreción ceden menos pronto, siendo en los tracomas crónicos con poca secreción en los que da mayores beneficios.

En un caso típico de cerosis desapareció completamente la sequedad de la cornea.

Sin embargo, de todos estos resultados no se puede todavía sacar conclusiones, por necesitarse

una mayor experiencia y un mayor número de observaciones.

Radium

El radium ha sido empleado por muchos oculistas, entre los que le han dedicado especial atención se encuentra el Dr. J. V. Zelenkovski; según este autor, la iluminación de la conjuntiva palpebral con diez miligramos de bromuro, todo lo más durante 10 minutos cada 3 ó 4 días, no ofrece ningún peligro para el ojo humano ni para la conjuntiva ocular.

El radium es un agente de curación muy eficaz en esta enfermedad, cuando en ella no se notan fenómenos catarrales, las granulaciones desaparecen sin dejar cicatrices u otros fenómenos y sin que se noten recidivas. En la conjuntivitis granulosa con infiltración difusa y secreción, el radium influye igualmente en la desaparición de las granulaciones y de la infiltración, disminuyendo igualmente la secreción.

En cuanto a la acción sobre la granulación, el tratamiento por el radium según Zelenkovski es superior a todos los que se conocen, considerando además la cura mucho más corta. Cuando las granulaciones son muy abundantes, las sesiones de 10 minutos para cada párpado son más eficaces si se ilumina a la vez toda la mucosa. En

los casos ligeros las curas de cinco minutos son suficientes.

Los primeros resultados sensibles de la radiación se manifiestan después de dos o tres sesiones. En el tracoma crónico, en los principios del período cicatricial (con formación de pannus, el radium parece menos eficaz; pero aun en este caso influye en el sentido de la desaparición de las granulaciones y de la infiltración y en la atenuación del pannus.

En esta forma las sesiones serán relativamente menos frecuentes para evitar los fenómenos de irritación de la mucosa; la duración del tratamiento, será, pues más larga; pero aun así se obtendrán buenos efectos después de uno a tres meses de cura en los casos ya tratados durante mecho tiempo por otros métodos.

El radium se distingue por sus propiedades analgésicas, especialmente marcadas en los casos con pannus agudo. Teniendo este remedio propiedades acumulativas, las curas no serán repetidas más de una o dos veces por semana.

Cuando todos los folículos y la infiltración difusa han desaparecido bajo la influencia de éste, es necesario someter aun la mucosa a una o dos sesiones de cura.

El edema de la mucosa que persiste alguna vez, desaparece sin tratamiento especial; si per-

sistiesen algunos fenómenos catarrales, se recurrirá a los astringentes. Para que su aplicación eficaz, el radium debe tener mucha actividad; ésta se puede comprobar sobre la piel normal o sobre un ojo de conejo. Lo mejor es colocar el radium en una ampolla de vidrio que tenga la forma y las dimensiones del párpado invertido.

Es preciso evitar que obre directamente sobre el ojo, debido a su acción nociva sobre las membranas profundas y sobre la cornea. Los casos raramente observados de gran irritación de la mucosa y de necrosis superficial del epitelio, no tienen efecto nocivo sobre la conjuntiva si se obra con prudencia.

Este tratamiento siendo indoloro, se puede aplicar con suma facilidad en los niños y sujetos nerviosos. (Zelenkovski).

Thieleman ha ensayado también este mismo medicamento en seis casos de conjuntivitis granulosa bien diagnosticados.

Este autor hizo uso de dos miligramos de bromuro de radium encerrados en un tubo de vidrio; el ojo es protegido por un casquete de vidrio que contiene plomo. La duración de las sesiones debe ser de cinco a diez minutos. Entre los enfermos se eligen aquellos en que los folículos tracomatosos, sean sólidos y bien circunscriptos, pues es sobre los folículos jóvenes que el radium ma-

nifiesta su mayor influencia. Después de ocho días de tratamiento se vió en cuatro casos la desaparición de los folículos en una zona limitada del párpado inferior, a los quince días los del párpado superior habían disminuido notablemente de tamaño. Transcurridos treinta días de tratamiento, no se distinguía una sola granulación. En su lugar encontrábamos algunos pliegues duros e infiltrados. Al microscopio se notaba una metamórfosis regresiva completa de las granulaciones y además, una irregularidad en el grosor y en la posición de las capas epiteliales.

Kardo y Sysoieff han tratado ochenta enfermos de tracoma por el mismo medicamento. Según estos autores, el radium es un medio terapéutico muy activo en los casos en que las granulaciones son bien distintas e infiltradas; su acción es menos eficaz en los casos complicados con pannus. Los efectos favorables se muestran desde el cuarto día después de la primera sesión; palidez y borramiento de las granulaciones. Su desaparición completa se ha constatado al cabo de tres semanas. Ella se hace por intermitencias, comienza por la mitad interna de los párpados. La aplicación de un tubo curvo conteniendo diez miligramos de radium debe hacerse regularmente por toda la superficie de la mucosa palpebral. Las sesiones no deben pasar de diez minutos y

no repetirse más de dos veces por semana. El hinchamiento y la hiperhermia observados desaparecen sin tratamiento y los enfermos aceptan bien este medio de cura.

Otro de los oculistas que se manifiesta decidido partidario del tratamiento de esta enfermedad por el medicamento antes indicado, es Colm.

Wicherkiewicz, para controlar el valor terapéutico del procedimiento preconizado por Colm, aplica la misma cantidad de bromuro de radium (proveniente de la misma fábrica que el usado por Colm) en ocho casos de tracoma bilateral, la intensidad de la enfermedad en estos era sensiblemente igual en ambos ojos. Trataba en cada caso un solo ojo, siempre el mismo por medio del radium, y el otro lo curaba por medio del método clásico.

Esta experiencia no tardó en demostrarle la ineficacia absoluta de la radioterapia, que no modificaba la marcha de la enfermedad. Se vió obligado a dejar este tratamiento, para volver al sulfato de cobre y nitrato de plata.

Uthoff sostiene más o menos esta opinión y todo la necesidad de usar preparaciones de débil radioactividad.

Como vemos por los trabajos anteriormente citados, las opiniones sobre este tratamiento se encuentran divididas y las pruebas que se presentan

son contradictorias; debemos por lo tanto esperar que se haga mayor luz y que la experiencia y el número de enfermos curados por este medio nos digan lo que haya de cierto sobre este tratamiento.

Jequirity

El jequirity introducido por Necker como medio curativo de esta enfermedad, ha sido más tarde abandonado por considerarse peligrosa su aplicación. Para emplearlo se hace una maceración al 3 ó 5 por ciento de polvo de granos de jequirity en agua destilada fría, debe prepararse diariamente, con ella se pincela ampliamente la conjuntiva tanto del párpado superior como del inferior, una o dos veces por día. Bajo su influencia se produce una intensa inflamación que llega a su máximum al segundo o tercer día y entonces se presentan los párpados rojos y edematizados, la conjuntiva muy inyectada y cubierta de una capa cruppal. Llegada a este punto la llamada oftalmia jequirítica, se suspende el remedio, pues si siguiésemos con él sobrevendría la necrosis de la cornea y conjuntiva.

Desde entonces solo se hace la limpieza del ojo y cuando la inflamación desaparece, la cornea se manifiesta más transparente y la mejo-

ría es muy sensible y evidente al decir de Fuchs y algunos otros autores.

Este oftalmólogo añade, que el tratamiento jquirítico, sumamente enérgico, conviene solo a los antiguos tracomatosos, exentos de síntomas inflamatorios, en que la conjuntiva esté en gran parte cicatrizada y la cornea cubierta de un pannus de larga fecha. Los numerosos partidarios que tuvo este medio de cura, poco a poco los ha ido perdiendo; aun en los casos bien especificados constituye un remedio infiel, alguna vez perjudicial y bueno solamente contra el pannus causado por el tracoma.

Acido tánico

Es un astringente, se usa diariamente en disolución acuosa al tres por ciento. Su valor es secundario y se aplica en los tracomas antiguos, alternando con el sulfato de cobre; mas donde nos presta sus mejores servicios es en las conjuntivitis crónicas que suelen quedar y que duran tanto tiempo, después de haber desaparecido el estado hipertrófico de la conjuntiva.

Rayos Roentgen

Han sido usados también como medio curativo de esta enfermedad; las experiencias de Heineke demostraron que estos tienen una gran influen-

cia sobre el bazo y los órganos linfáticos, los linfocitos son destruidos en los folículos y los nucleos devorados por los fagocitos.

Después de 24 horas los folículos han más o menos desaparecido. Estos resultados de los trabajos hechos por Heineke, decidieron a Stargardt a ensayar la destrucción por este medio de los folículos de la conjuntiva tracomatosa, el efecto fué semejante; él obtuvo una disminución de dos tercios del volumen de los folículos. En cuanto a las alteraciones histológicas, las capas epiteliales y adenoideas no mostraron ninguna, en cambio los folículos se encontraron llenos de un detritus grumoso, restos de nucleos; el número de fagocitos estaba fuertemente aumentado, lo mismo que las células gigantes de Villars y la mitosis.

Aplicaba los rayos por sesiones de doce minutos y empleaba un tubo a cinco centímetros del ojo. A pesar de todo, este autor no cree que la radioterapia pueda jugar un gran rol en la terapéutica del tracoma. Bettrenneuse en tres casos de conjuntivitis granulosa tratados por este medio, dice haber obtenido resultados superiores a los manifestados por el tratamiento clásico. La conducta seguida por este autor consiste, en exponer por espacio de dos a quince minutos la conjuntiva enferma, a las radiaciones del tubo de Crookes.

Prefiere las exposiciones de dos minutos porque sobre ser inofensivas pueden repetirse todos los días.

La distancia de los ojos a la ampolla varía de 10 a 25 centímetros y la corriente debe ser de 16 voltios y de 3 a 4 amperes.

La exposición de los párpados a las radiaciones de la ampolla de Crookes produce una hiperemia local y parece que actúa activando la fagocitosis y la reabsorción de los tejidos enfermos.

Mayon publica en detalle nueve casos de tracoma tratados por los rayos X. Enumera las siguientes ventajas de este modo: el párpado es menos deformado que por los otros tratamientos, el dolor es insignificante, el pannus desaparece completamente. Mayon piensa que la acción de este medicamento, consiste en provocar la diapedesis y la cicatrización de los nódulos.

Stephenson y Walsh creen que este método es curativo bajo dos formas de descargas eléctricas: primero las que son obtenidas por los tubos de rayos Roetgen y segundo, las descargas del pincel eléctrico producidas con el aparato de alta frecuencia de D'Arsonval. Estos autores citan las experiencias de Mayon.

Por el primer procedimiento ellos trataron 4 enfermos graves; la afección era bilateral y en cada caso se hicieron aplicaciones en un solo

ojo. El resultado fué el siguiente: dos ojos curaron y dos mejoraron notablemente. Las curas fueron obtenidas en diez y siete sesiones para uno de los enfermos y en seis para el otro; la duración de cada sesión fué de diez minutos y el antícatodo fué colocado a una distancia de ocho pulgadas de los párpados; el efecto curativo se hace sentir tanto con los ojos cerrados como con estos abiertos.

Stephenson y Walsh obtuvieron la cura de un tracomatoso, por medio de la corriente de alta frecuencia.

El hecho de que esta enfermedad pueda curar tanto por los rayos Roetgen como por la acción de un pincel eléctrico a alta frecuencia, ha sido motivo para que algunos autores crean que el agente curativo es el mismo en ambos casos. Este agente podrá ser, piensan ellos, la descarga del pincel visible en el electrodo de alta frecuencia e invisible en los tubos de rayos X.. El Dr. Ruggero Pardo de Turín cita casos probablemente curados por este medio.

A pesar de los buenos resultados obtenidos por algunos autores, esta forma de cura es muy poco práctica, de resultados inseguros y el número de experiencias efectuadas no son lo suficiente numerosas para considerarlo como bueno. Stargardt

que lo ha aplicado en muchos enfermos, cree que los rayos X no pueden tener gran importancia en la terapéutica del tracoma.

Sub-acetato de plomo

Se emplea este medicamento bajo dos formas: en polvo y en disolución en igual cantidad de agua destilada. Generalmente lo que se usa es la disolución de sub-acetato de plomo y muy raras veces en forma de polvo.

A. Terson escribió hace muchos años: «Jamás se empleará una preparación de plomo, cuyas enormes incrustaciones corneales son errores injustificables y todavía frecuentes. El plomo extracto de Saturno, tiene que abandonarse definitivamente pues se puede curar sin él.» A pesar de esto, Mets se muestra decidido partidario de su uso y al respecto escribe: «El modo de actuar del plomo es el mismo que aquel de todos los tópicos que se han sucedido desde Hipócrates hasta nuestros días. Como el sulfato de cobre, el nitrato de plata, el raspado, la electrolisis, el virus blenorragico, etc.; produce una reacción inflamatoria que está en razón directa con la cantidad de sal empleada y del tiempo que es nece-

sario para que su acción se produzca. Esta inflamación es curativa del tracoma. Su aplicación es dolorosa y provoca una reacción notable; gracias a la cocaína la primera cura es fácilmente soportada.

El polvo de la sal plúmbica recientemente porfirizado es mezclado con un poco de agua destilada. Esta pasta así formada es extendida por medio de un estilete algodonado sobre las conjuntivas bien puestas al descubierto; se deja en contacto uno o dos minutos; la aplicación es repetida si hay necesidad. Por medio de una corriente de agua destilada se saca el exceso de acetato no fijado y se permite volver los párpados a su sitio natural; se hacen sobre estos, aplicaciones de agua de Saturno en una solución al cuatro por ciento con agua, estas se continúan durante varios días; cuando la reacción inflamatoria ha cedido, se suspende toda intervención medicamentosa. En los casos más favorables, la capa aislante de sal persiste, igual que un barniz; la turgescencia de la mucosa disminuye, las granulaciones antes manifiestas se van borrando y no tardan en desaparecer.

Este estado feliz puede persistir, en algunos casos la curación es radical.

Si la intervención medicamentosa, ha tenido lugar bastante pronto, antes que las deformaciones

del tarso se hayan producido ;se llega a no encontrar más las trazas de la enfermedad al cabo de algunos años.

Todos los casos no han sido tan favorables. En ciertos enfermos el efecto saludable del subacetato no se mantiene de una manera definitiva. Las granulaciones renacen lentamente y sufren accesos agudos, el método es especialmente indicado en el momento de la enfermedad en que las granulaciones son turgescen tes, no habiendo sufrido la regresión atrófica y la deformación tarsiana. Lo mejor es intervenir fuera de todo acceso inflamatorio. La existencia de un pannus aunque este sea espeso, no es una contraindicación.

Sin embargo, la existencia de ulceraciones pide cierta circunspección ; se trata de evitar las incrustaciones plúmbicas, que han sido y son el principal obstáculo del éxito del método.

Durante gran número de años Mets lo ha aplicado en todos los casos propicios, en un número de enfermos que pasa de mil quinientos ; sobre estas numerosas aplicaciones el no ha observado más de diez casos de incrustaciones. Se convendrá que este peligro es ciertamente exagerado.»

Sus indicaciones son idénticas a las del sulfato de cobre, mas como su acción es menos eficaz

que la de éste, se usa para alternar con él; también lo emplearemos cuando este remedio no sea tolerado por el enfermo. Una mención especial podríamos hacer del sub-acetato; completa el tratamiento quirúrgico y en los casos benignos donde nos resulta buen medicamento; en casos de úlceras de la cornea lo mejor es no emplearlo hasta que estas curen.

Fototerapia

Grönholm ha ensayado el tratamiento de esta enfermedad por la fototerapia Finsen modificada por Lundsgand, en setenta y dos enfermos. Para curar el tracoma es suficiente a veces, una sola exposición a esta luz durante diez minutos. Después de una sesión los párpados se manifiestan hinchados y edematosos por espacio de una semana, una delgada membrana recubre la mucosa durante los primeros días, más desaparece pronto y la retracción cicatricial no es mayor que la producida por la expresión y el lápiz de sulfato.

Si hacemos la expresión antes de empezar el tratamiento por medio de la fototerapia puede el enfermo curar en un mes. Sobre noventa y ocho enfermos sanaron 79 y 19 continuaron con su afección.

Después de doce a diez y siete meses, podemos

constatar los resultados siguientes: 36 curaron; en 21 tuvieron una recidiva o una nueva infección. Grönholm concluye por decir que la fototerapia es superior a los otros métodos, pero que se debe emplear en los casos en que la cornea esté sana; es peligrosa en los casos en que haya pannus y úlceras de la cornea.

Lo que pensamos sobre el tratamiento por los rayos X podemos aplicarlo a este.

Pannas recomienda en las formas ligeras y en las complicadas con pústulas querato conjuntivales al bioxido de mercurio, al iodoformo y a los calomelanos, todos ellos bajo la forma de pomada.

El Dr. Roselli señala los buenos efectos producidos por el empleo del iodo en estado nascente, habiendo obtenido según sus dactos 78 curaciones sobre 100 enfermos tratados. Para conseguir el desprendimiento del iodo nascente en la conjuntiva palpebral opera este autor de dos modos: 1.º—Hace tomar al enfermo ioduro potásico al interior y desde que este medicamento empieza a eliminarse por las lágrimas, hace toque con agua oxigenada sobre los párpados invertidos; 2.º—Pincela la conjuntiva con ioduro potásico en disolución al 1 por 15 y a continuación con agua oxigenada. En ambos casos el iodo se desprende en abundancia y produce una sensación pasajera

de escozor. Después de un tiempo que varía de unos minutos a una hora esta sensación desaparece y el enfermo experimenta un señalado bienestar.

Guaita hace toque con sublimado al 1 por ciento y por quinientos aplicando en seguida polvos de iodoformo.

Satller aplica soluciones de sublimado y nitrato de plata alternando.

Roemer preparaba un medicamento que consiste en soluciones graduadas de abrina en glicerina; se usa sobre todo en el pannus.

Vacunoterapia

Considerando la importancia y esperanzas que se tienen cifradas en este medio de cura, creemos de interés transcribir totalmente, el completo trabajo que sobre este punto han publicado el profesor D. Enrique B. Demaría, en colaboración con los Doctores S. Mazza y H. Rebay.

Desde que clínicamente se demostró, la contagiosidad del tracoma, muchos fueron los gérmenes de la más diversa índole sucesivamente considerados como sus agentes productores.

Ninguno sin embargo resistió a una crítica severa; pero en 1907 la descripción por Von Prowazek y Halberstädter de los corpúsculos intracelulares en los epitelios conjuntivales de los tra-

comatosos, hizo entrar el problema en una nueva vía. Confirmado el descubrimiento por Greef y Frascch junto con Clausen primero y después por numerosos observadores de todo el mundo, entre ellos, Demaría en la R. Argentina en el año 1910; la unanimidad de los autores se pronunció en el sentido de admitir la especificidad de los clamidozoos de Prowazech, aunque algunos negaron rol etiológico a estas granulaciones.

La naturaleza real de ellos es asunto aun en discusión. Para algunos se trataría de los verdaderos agentes causales del tracoma; para otros de productos de secreción o degeneración de las células invadidas y por fin algunos los consideran como transformaciones de gonococos y aun de bacilo de Koch Wecker. Por nuestra parte, dichos corpúsculos los hemos constatado en dos casos de los veinte que presentamos en enfermos de reciente data y sin tratamiento anterior.

Nicolle, Guenod y Blaizot han establecido definitivamente la naturaleza filtrable del virus tracomatoso, transmitiéndolo al macaco con extractos filtrados por la bujía de Beckerfeld impermeable al micrococcus prodigiosus.

Cuando se encaró el asunto experimentalmente estudiando la transmisión al hombre mismo y al mono, pudieron también aclararse interesantes problemas de inmunidad, útiles para el tratamien-

to específico. Los mismos descubridores de las granulaciones específicas pensaron, cuando obtuvieron la transmisión del tracoma al mono que por analogía con la viruela-vacuna podría inmunizarse al hombre con los productos del mono inoculado positivamente. Nicolle, Guenod y Blaizot consiguen inmunizar monos con inyecciones intravenosas de granulaciones trituradas en solución fisiológica y centrifugada.

Römer, empleando sueros de conejos inyectados con extracto de folículos, aun cuando no obtiene resultados terapéuticos buenos, hace interesantes observaciones. Dicho suero inmune de conejo fijaba el complemento en presencia de secreciones oculares o albúminas humanas, pero no era posible diferenciar con esta reacción la procedencia tracomatosa o normal de los humores. El suero de los enfermos no desviaba el complemento en presencia de un antígeno constituido por extractos de folículos. Leber demostró también la ausencia de todo anticuerpo en el suero de los enfermos.

Nicolle, Guenod y Blaizot más adelante obtuvieron resultados muy escasos tratando los enfermos con inyecciones subcutáneas de extractos centrifugados en solución fisiológica de los propios folículos.

La ausencia pues de anticuerpos específicos tan-

to en el hombre como en el animal inmunizado y la falta de resultados con tratamientos para enterales pero no locales, hicieron pensar a estos mismos autores en la conveniencia de hacer el tratamiento por vía sub-conjuntival.

Siendo escaso el material y por otra parte peligrosa la inyección de virus vivo de procedencia extraña y habiendo ellos demostrado la naturaleza filtrable del agente y su fácil destrucción a 50°, iniciaron en 150 casos la aplicación del procedimiento con regulares resultados.

En 1913, Trabut, Negre y Raymond, hicieron también inyecciones sub-conjuntivales de un sexto a medio centímetro cúbico de una mezcla de lágrimas, sangre y epitelio del mismo enfermo, obtenidos por acumulación en el saco conjuntival por masaje del párpado.

Los sueros normales de caballo, asno y cabra y el suero anti-diftérico fueron en estos últimos tiempos incorporados, aunque sin resultados, al ya considerable número de medicaciones usadas aparte de las específicas ya citadas.

Ultimamente en el Deutsche med. woch. del 5 de septiembre del corriente año Lewstein y Hewmann, volviendo a las antiguas medicaciones específicas, desechadas según ello sin motivo, resumen las observaciones recogidas en el laboratorio de campaña sobre individuos con tracomas muy avanzados en una región de Hungría

Sud, cerca de Serbia en que los individuos se inoculan a sí mismos la enfermedad para eludir el servicio militar. Han empleado inyecciones subcutáneas de las propias granulaciones típicas trituradas en solución fisiológica sin ningún otro tratamiento. Los casos solo son cuatro, pero todos graves, y el pronóstico era de que seguramente no curaban espontáneamente.

Por nuestra parte, ateniéndonos a los resultados anteriores que demuestran una acción nula o escasa y la falta de reacciones específicas de inmunidad, interviniendo por las vías parentales generales y pensando que el virus reside seguramente en las granulaciones típicas de la enfermedad y quizás en el interior de las células epiteliales y que es conveniente llevar el virus mismo atenuado a la vecindad de las células atacadas para provocar alrededor de éstos la formación de anticuerpos, hemos iniciado nuestro tratamiento con inyecciones desde luego sub-conjuntivales.

Nos apoyábamos también en el concepto de inmunidad local que establecieron Citrón y Wasserman.

De acuerdo con estos mismos autores pensamos que era necesario introducir el virus muy diluido de manera a hacerlo absorbible fácilmente por los tejidos.

Como las sustancias antigénicas son muy lábiles,

en vez del calor que modifica sus actividades físicas y químicamente, hemos empleado el éter que una vez evaporado después de haber actuado deja intacta la naturaleza albuminoidea de los gérmenes sometidos a su acción.

Hemos procedido en ello (uno de nosotros Mazza) de acuerdo con las ideas sostenidas y llevadas tan brillantemente a la práctica entre nosotros por nuestro maestro el profesor Kraus, con quien hemos aplicado el éter a la obtención de vacunas en la mayor parte de gérmenes desconocidos y aun de algunas enfermedades cuya naturaleza precisa no está todavía bien establecida.

La base científica de la preferencia que hemos dado al éter para conservar la actividad de los antígenos inmunizantes, estaría, pues, en la siguiente experiencia ideada imitando una de Wassermann.

Un extracto estéril de estafilococo, según este autor contiene las estafilolisinas que a 37° son capaces de disolver los glóbulos rojos.

Calentando a 56° una hora este extracto pierde sus propiedades completamente.

Pero si previamente a la calefacción se mezcla el extracto con una solución de goma arábica, las hemotoxinas no se destruyen ni aun llevando la mezcla hasta 80°.

Wassermann basaba en esto su procedimiento.

de inmunización local hoy día patentado para uso veterinario y basado en la consideración de que la mezcla con la goma previa a la calefacción daba a los antígenos un carácter coloidal indestructible por el calor.

Poniendo éter al extracto o empleando el éter para destruir los gérmenes, los resultados son iguales.

Resumiendo, pues, nuestro procedimiento es el siguiente: en dos tubos que contienen dos centímetros cúbicos de solución fisiológica estéril y varias perlas de vidrio, el oculista pone el mayor número posible de folículos tracomatosos extirpados por raspado superficial y profundo de la conjuntiva. Se agita durante una hora los tubos y las perlas mecánicamente trituran los folículos. Se agrega éter sulfúrico en cantidad igual a la de solución fisiológica, agitándose después el producto durante 24 horas. Probada por cultivos en agar y caldo la esterilidad de la mezcla, se evapora, el éter se diluye al 1 por 10, el líquido restante se filtra por papel estéril, distribuyéndolo en seguida en ampollas que se cierran a la lámpara de esmaltar y cuyo control de esterilidad se repite después.

Uno de los tubos lo hemos conservado una vez esterilizado en la heladera y cuando hubimos reunido 10 de ellos, mezclándolos y sometiéndonos

otra vez a la acción del éter por 24 horas, los hemos utilizado como hétero-vacuna polivalente (10 valencias) seguros de su esterilidad.

Las inyecciones siempre de 1 c. c. tanto en las auto como en las hétero-vacunas han sido siempre sub-conjuntivales y sin ningún accidente. Consecutivamente a ellas no ha habido ninguna reacción inflamatoria, solo se enrojece ligeramente la conjuntiva palpebral, aplanándose las granulaciones. Su absorción, pues, se hace con toda facilidad y es completamente indolora.

La mejoría de los enfermos se observa ya después de la segunda inyección, pudiéndose ver que la superficie del párpado queda lisa y brillante; desaparece el pannus y las úlceras cicatrizan muy rápidamente.

El número de nuestros casos es de 20 elegidos entre enfermos típicos con mucho tiempo de evolución, casi todos con pannus abundante y úlceras en la cornea.

El tratamiento lo iniciamos en el primer caso en Marzo 17 del corriente año. El máximum de las inyecciones ha sido de 7, y el mínimum de 3, es decir 4 en término medio, todas con una semana de intervalo. Ocho de los enfermos han sido tratados por auto-vacuna etérea y seis por hétero-vacuna polivalente, etérea también.

Con el objeto de aportar un criterio comparativo.

para juzgar los efectos de nuestro tratamiento, hemos tomado seis enfermos a los cuales se les inyectaba también por vía sub-conjuntival, una auto-vacuna obtenida por la acción del lugol (auto-vacuna iodada) pero los resultados de esta medicación son absolutamente inferiores a los obtenidos con la auto-vacuna etérea y la hétero-vacuna. Enfermos con 7 inyecciones de auto-vacuna iodada han mejorado menos que enfermos con dos inyecciones de auto-vacuna etérea-

De los ocho primeros casos de auto-vacuna etérea en uno no se notó efecto favorable, en dos el tratamiento no se siguió por haber abandonado el servicio los enfermos, en dos el efecto fué manifiestamente bueno y en tres el resultado inmejorable.

En los seis enfermos tratados con hétero-vacuna polivalente etérea uno mejoró bastante, y tres experimentaron mejoría evidente y muy apreciable. Dos abandonaron el tratamiento.

En obsequio a la verdad, diremos que uno de los casos casi curados presentó tres meses después una recidiva en un solo ojo, quedando el otro bueno; pero también debemos hacer notar que solo recibió dos inyecciones.

En los seis casos de auto-vacuna iodada, se vieron escasas mejorías inferiores a las obser-

vadas en la auto-vacuna etérea. En un caso no hubo ninguna mejoría.

Nuestros enfermos en general, han sido seguidos hasta cuatro meses después de haber cesado todo tratamiento y en ellos no se empleó ninguna otra medicación.

Debemos insistir en la diferencia de nuestro tratamiento con los señalados por otros autores. Mientras, todos se han limitado a obtener líquido del raspado superficial, utilizándolo en seguida sin esterilizarlo, nosotros hemos hecho un raspado profundo y del mayor número de granulaciones posibles, sometiendo después el producto a la acción del éter que esteriliza los materiales evitando los peligros de transmisión de otras enfermedades cuando se usaba como hétéro-vacuna polivalente.

Además de ser la acción más eficaz por ser local nuestra vacuna diluída al 1 por 10 en solución fisiológica estimula seguramente mejor la formación de anticuerpos y la curación.

Consideramos, por consiguiente, que nuestro tratamiento es, desde luego, específico y nuevo, que su acción es buena y merece ser ensayado y generalizado, prometiéndonos por nuestra parte, continuar estudiando su acción en los enfermos ya tratados y en otros que tomaremos.

Estado actual de la vacunoterapia del tracoma

Concretándonos pues, a poner de manifiesto las conclusiones a que arribamos a esta altura de nuestros estudios. En primer lugar, debemos reconocer que la aplicación de la vacuna reduce con suma facilidad los casos agudos de tracoma. Hemos tenido ocasión de ver reacciones francas de mejorías después de la aplicación de la vacuna, lo que nos obliga a insistir sobre las probabilidades de curabilidad por medio de este nuevo agente.

Por otra parte, debemos insistir aconsejando en la medida de lo posible la aplicación de las auto-vacunas y no de las polivacunas, pues las primeras nos han dado mejores resultados.

Es indudable que los mejores éxitos se han obtenido en los casos recientes de infección; pero debemos reconocer que los casos viejos se benefician mucho con este tratamiento.

El procedimiento de aplicación es poco doloroso, puesto que se trata de una inyección en el fondo, de saco superior previa cocainización del ojo, con colirio al 1 ó 2 por ciento. Resulta así perfectamente tolerable el paciente.

Indicaré a continuación el procedimiento a seguir en el tratamiento de un caso dado de tracoma con las modificaciones que hemos creído oportuno llevar a cabo. Llegado un tracomatoso al consultorio hospitalario y debidamente verificado su

diagnóstico (preferible casos agudos) se cocainiza el ojo y previa eversión del párpado superior se extrae por raspado superficial de la conjuntiva y expresión consecutiva de los folículos, el material necesario que se recoge en un tubo estéril que contiene un centímetro de suero fisiológico. Debe tratarse de obtener la mayor cantidad posible de material aprovechando también las lágrimas que se recogen con un tubo cuentagotas. Respecto a la dilución mejor indicada no podemos dar un fallo definitivo por parte nuestra por tratarse de un punto aun en estudio. Creemos, sin embargo, que debemos aceptar la dilución al 1 en 19 porque nos proporciona una buena dosis de material tratante y porque la debilidad de su concentración facilita la absorción por los tejidos (punto este último de suma importancia sobre el cual volveremos). Se prepara luego la vacuna por la técnica citada en nuestra comunicación anterior.

Como la preparación de la vacuna requiere cuatro o cinco días de trabajo, hemos creído oportuno aprovechar este intervalo y dirigir el tratamiento en la forma siguiente: obligar al enfermo a hacer lavajes tres veces por día con una solución de bicloruro de mercurio al 0,25 por 1.000 e inyectar todos los días en el fondo de saco, medio centímetro de suero fisiológico.

Esta indicación que me ha sido sugerida por

mis compañeros de labor en el laboratorio bacteriológico de la Asistencia Pública, doctores Carlos Maggio y Santiago Oyarbide, nos ha facilitado la preparación del terreno para la mejor absorción de la vacuna por los tejidos enfermos.

Agotado con este tratamiento previo, el plazo destinado a la preparación de la vacuna, se comienza la aplicación de ésta, haciendo inyecciones día por medio.

Las mejorías aparecen, el párpado pierde su carácter granuliento (que la simple inyección de suero no elimina), el pannus se reduce haciéndose imperceptible y las ulceraciones cicatrizan.

Hemos tenido oportunidad de tratar un caso con gran fotofobia por ulceraciones corneanas y que cedió al solo tratamiento por la vacuna.

Estas francas reacciones nos obligan a esperar mucho de este nuevo método de tratamiento pues las mejorías evidentes colocan al paciente en un estado de reposo que le permite ocuparse de sus trabajos; razón ésta primordial, pues se trata de sujetos necesitados que no pueden distraer su tiempo.

Debemos declarar que hemos tenido casos de recidiva en los enfermos anteriormente tratados, pero que cedieron con varias aplicaciones de hétere vacuna.

Nuestras investigaciones nos obligan a pensar,

pues, que nos encontramos frente a un nuevo tratamiento de una de las plagas sociales más perniciosas; que si bien es cierto no llegamos a la curación completa de la afección nos da, sin embargo, mejorías evidentes.

¿Necesitaremos asociar la auto-vacuna a un tratamiento médico o dirigir en otra forma su aplicación?

Razones son éstas que nos obligan a un estudio meticoloso y cuyas conclusiones expondremos en un próximo trabajo.

Tratamiento quirúrgico

Si bien se ha usado esta clase de tratamiento para la cura del tracoma desde tiempo inmemorial, su estudio verdaderamente científico y su divulgación datan de la presentación que Darier hizo ante la Sociedad Francesa de Oftalmología, de una memoria acerca de este asunto.

Mas, como anteriormente a este autor, se empleaban gran número de procedimientos diversos, a pesar de la poca eficacia de la mayoría de ellos, estudiaremos a todos, deteniéndonos en aquéllos que, por su mayor bondad, son realmente útiles en el tratamiento de esta enfermedad.

Entre los medios más antiguos nos encontramos con el masaje, ejecutado de las formas más diversas, combinados con toda clase de agentes terapéuticos. Hipócrates lo ejecutaba con un trozo de madera envuelto en lana, hasta dejar el

tarso al descubierto, conteniendo la hemorragia con un hierro calentado al rojo y aplicando en seguida una pomada con sulfato de cobre. Severus lo hacía con los dedos impregnados en la misma pomada. Costonieris con ácido bórico.

Pannas con una compresa empapada en óxido amarillo de mercurio. Makienski con unguento mercurial; Ebersson con ictiol. Estos diversos medios de masaje, suelen, en muchas ocasiones, producir buenos efectos, pero como tenemos otros agentes que nos dan resultados más seguros y eficaces, han sido poco a poco abandonados.

Algunos autores frotan las granulaciones con una piedra pomez en forma de lapiz. Pilz extirpaba una por una todas las granulaciones con una aguja; Zulaica lo hacía con un mondadientes.

En las formas escleroides, superficiales y bien maniifestas, se ha practicado la expresión con un lapiz de sulfato de cobre hasta ver salir las granulaciones. Anagnostakis y Fadda han usado una especie de escofina metálica.

Reich toca los folículos, previa cocainización, por medio de un fino gálvano-cauterio y luego aplica los caústicos. Darier y Abadie han usado el gálvano-cauterio, el termo-cauterio y la electroísis, pero los resultados no han respondido a las esperanzas que en ellos se tenían y han sido abandonados.

Dransart ha hecho uso de inyecciones sub-conjuntivales de sublimado corrosivo, combinándolas con cepillado y escarificaciones y aunque dice, que a pesar de la gran hinchazón de los párpados no ha notado complicaciones, nadie lo ha imitado.

Peters puso en práctica la extirpación de la conjuntiva sin emplear ninguna clase de medicamentos; éste usa una lámina cortante en forma de punta de lanza redondeada y rama. Anestesiado el enfermo e invertidos los párpados, raspa con este instrumento la conjuntiva por dos o tres veces. Puesta la lámina cortante verticalmente a la mucosa, frota a ésta, tan enérgicamente como sea necesario, para ver salir las granulaciones con el mismo aspecto que los comedones cuando se les comprime entre los dedos. Según su autor se obtienen buenos resultados, es un poco dolorosa pero esto se calma con compresas de agua fría; en algunos casos ha repetido esta intervención dos o tres veces. Nos parece un procedimiento doloroso de resultados inseguros, expuesto a dejar una gran cicatriz e inferior a otros que hoy se emplean.

El Dr. Bitzos disecciona un fragmento de cartilago tarso; Javal también lo aconseja; otros operadores que han ensayado este método no les ha dado resultado.

Expresión

Se ha usado con buen éxito el procedimiento de Knapp; éste opera con un aparato de su invención al que le han dado el nombre de forceps de Knapp. Consiste en unas pinzas cuyas ramas terminan por rodillos paralelos que pueden girar en el mismo sentido. Para operar empieza por invertir los párpados, los escarifica con un bisturí de tres láminas y a continuación toma el párpado superior que, es para él que especialmente se emplea, en toda la extensión posible desde su fondo de saco, entre los dos rodillos de la pinza y desliza ésta haciendo presión hasta el borde tarsiano. La conjuntiva se aplasta, se lamina y estira; las granulaciones salen entre los cilindros con un aspecto grisáceo y gelatinoso.

Este método, según Fuchs, no da una cura rápida y profunda, pues al lado de las grandes granulaciones, que son aplastadas y extraídas, nos encontramos con otras menores en vía de evolución que no pueden ser extirpadas y que se desarrollan más tarde. Es, pues, necesario completarlo con las cauterizaciones una vez que haya desaparecido la reacción que sigue a esta operación.

Kuhnt le atribuye el inconveniente de desgarrar la mucosa conjuntival y para evitar esto, ha

inventado unas pinzas especiales que exprimen las granulaciones sin estirar ni desgarrar la mucosa, pues sólo obran por presión. Según el doctor Wieden Portillo, las pinzas de Kuhnt, son débiles, de poca resistencia, que una vez aproximadas sus ramas ceden, verificándose la expresión de una manera incompleta; ensayó este aparato en treinta y tres casos de tracoma de marcha crónica rebelde a los demás tratamientos. En todos los casos ha observado una modificación favorable pero no la curación verdadera.

Ante estos hechos y las dificultades que se ofrecían para llevar la expresión a feliz término, el Dr. Portillo inventa unas nuevas pinzas de mucho mayor poder que las de Kuhnt. He aquí la forma de proceder con este nuevo instrumento según su autor:

«1.º Lavado de la conjuntiva y fondos de saco, con mi nuevo irrigador ocular, que facilita su limpieza y desinfección por medio de la irrigación de una solución de agua boricada.

2.º Procedo a la anestesia por el cloroformo, si es muy sensible el enfermo o han de operarse las granulaciones en ambos ojos, o bien la anestesia local por medio de la cocaína en instilaciones e inyecciones hipodérmicas en la parte superior del párpado, combinado con la adrenalina que favorece la anestesia y hace la hemo-

rragia casi nula, o mucho menor, en la mayoría de los casos.

3.º Invertido el párpado superior y armada la mano derecha con el forceps expresor, procedo a la operación. Se introduce una rama debajo del párpado hasta el fondo de saco conjuntival superior y la otra se aplica sobre la mucosa que reviste el párpado, sitio predilecto de las granulaciones; oprimiendo las ramas gradualmente, practico la expresión en todas direcciones hasta cerca del borde palpebral; límite de la enfermedad. Un ayudante limpia con pequeñas torundas de algodón hidrófilo, aséptico, los productos que fluyen de la conjuntiva entre las placas del forceps o bien de sus orificios por efecto de la expresión. Al mismo tiempo una fina irrigación antiséptica, mantiene siempre limpio el campo operatorio, de granulaciones que se desprenden y de la pequeña hemorragia que se produce.

Con este procedimiento se consigue mayor potencia expresora y se obtiene el máximum de efecto.

4.º Terminado esto, en algunos casos procedo a hacer un legrado suave sin volver el párpado (a párpado caído) con la cuchilla circular de Abadie. Así dejo la mucosa limpia de granulaciones, que, aunque exprimidas, pudieran quedar, en parte adheridas a los tejidos de la conjuntiva como

los pequeños coágulos sanguíneos que se formen en la superficie.

En seguida toco la conjuntiva con la solución concentrada de sulfato de zinc y adrenalina que obrando como astringente enérgico, previene la hemorragia consecutiva a la operación, dejando la mucosa limpia y tersa.

5.º Si existen flictenas, pústulas o ulceraciones en la cornea y si el individuo es muy linfático o escrofuloso, practico en el párpado superior, próximo al fondo de saco una inyección sub-conjuntival de cianuro de hidrargirio con acoína.

Por este medio he visto curar rápidamente las lesiones de la cornea, al paso que el resultado operatorio sólo ha producido la reacción natural del traumatismo.

6.º Introduzco entre los párpados un poco de vaselina boricada o iodoformada y, finalmente, cubro el ojo con compresas húmedas y vendaje contentivo que comprima ligeramente.»

Sucedan a las veinticuatro horas una notable reacción, edema palpebral y la mucosa parece revestida, en algunos casos, de una escudación blanquecina, lisa, en forma de falsa membrana cruppal, que se desprende ella misma con facilidad y vuelve a reproducirse durante unos seis a diez días todo lo más, con poca secreción y en los casos en que he practicado inyecciones sub-

conjuntivales, aquella es escasa o no existe, manteniéndose aséptica la conjuntiva y con tendencia a la franca cicatrización. Ello basta en muchos casos para obtener una curación rápida en diez y ocho a treinta días.

Cuando la infiltración granulosa es considerable, con engrosamiento de la mucosa y tarso, produce buen resultado la expresión, pero la reacción es mayor, el edema es más exagerado, la mucosa en ciertos casos (en la segunda semana) está atónica, formándose mamelones carnosos espontáneamente y se hace necesaria la aplicación del masaje practicado con la yema del dedo impregnado de una mezcla de polvo fino (compuesto de ácido bórico y sulfato cúprico) que modifica favorablemente el estado de la mucosa para la perfecta cicatrización.

Esta se realiza en un período que no baja de treinta a sesenta días.

Según su autor, las ventajas que su instrumento tiene sobre los demás conocidos, son de poder destruir en una sesión (cuya duración no pasa de cinco minutos) las granulaciones que infectan la conjuntiva, no necesitándose posteriormente sino curas simples o limitadas a medios tópicos modificadores de la mucosa conjuntival, para conseguir la curación definitiva.

Antes de intervenir es necesario reconocer si

existe alguna infección conjuntival superpuesta, como la diplobacilar, la debida al bacilo de Wechs, al gonococcus, etc.; hasta hace poco llamadas agudizaciones de la conjuntivitis granulosa y que las investigaciones de Moraxe y Khousi han puesto en evidencia que no son otra cosa sino casos de conjuntivitis agudas, contagiosas y superpuestas al tracoma.

Estas afecciones deben tratarse previamente, o antes de toda intervención de la especie indicada.

Si evolucionando el tracoma se tropieza con algún ataque subagudo o en que la inyección es más viva y la secreción aumenta, deberá esperarse a que aquélla entre en un período de calma antes de practicarse dicha expresión.

Si bien el tratamiento por el método del doctor Portillo es más perfeccionado que el de Kuhnt, no se puede usar en los casos de tracoma agudo y además es insuficiente, pues debe completarse con otros medios terapéuticos.

Coower es autor de un procedimiento que consiste en el raspado de la conjuntiva con papel de lija (número cero o doble cero) previamente flameado; luego se lo ha completado con fricciones de solución de bicloruro después del raspado y la aplicación de sulfato de cobre, durante cuatro a ocho semanas.

Con motivo de una epidemia de sesenta casos

de tracoma en un asilo donde había noventa y ocho asilados en conjunto, el Dr. Martín dividió los pacientes en cuatro grupos de quince niños cada uno. En el primero hizo uso de la operación de Coower sin modificarla. En los demás usó el papel sin esterilizar, pero en seguida que terminó la operación irrigó copiosamente la conjuntiva con solución salina; después friccionó la conjuntiva con algodones empapados en solución de bicloruro de mercurio al 1 por 5.000. Este autor se muestra convencido de que no es necesario esterilizar el papel. El día siguiente de la operación, los niños asistieron a sus clases, no habiéndolo hecho el mismo día por el anestésico.

Los primeros quince no recibieron tratamiento subsiguiente; en los demás se usó una solución de sulfato de cobre saturada diariamente durante ocho semanas.

Diez meses después, el resultado era el siguiente: de los quince casos tratados por el método de Coower, doce recidibaron. Sobre cuarenta y cinco en los cuales se empleó el método modificado, sólo lo hicieron seis, o sea el 80 por 100 en los primeros y el 13 por 100 en los segundos.

Para H. Martín, el tratamiento es bueno, pero lo cree insuficiente para curar a un tracomatoso, necesitándose continuarlo con sulfato de cobre.

Escarificaciones

Recomendadas por Galezouschi, de su resultado este autor ha publicado muy buenas estadísticas; sin embargo, como intervención ha sido poco a poco desechada y sólo queda hoy formando uno de los tiempos de algunos procedimientos especiales.

Platner fué de los primeros que la practicaron; Knapp las emplea precediendo a la aplicación de su forceps; Dansart, Darier, Abadie y Satller las han usado como un tiempo de sus respectivos métodos operatorios.

Como procedimiento único e independiente las recomienda Galezouschi, en las formas de tracomias congestionados, turgescientes que sangran al menor contacto. Sea que lo usemos como único tratamiento o formando parte de otros medios de cura, siempre se opera del mismo modo. Invertido el párpado, se hacen escarificaciones empleando escarificadores especiales o bisturí; se pasea, cualquiera que sea el instrumento usado, por la conjuntiva palpabral en dirección paralela a su borde, y siempre en el mismo sentido con el fin de evitar la formación de cicatrices viciosas.

La profundidad de la escarificación varía según el grado de infiltración granulosa y conforme está se va practicando se ven salir las granula-

ciones, bajo el aspecto de la pulpa de un fruto.

Sobreviene una hemorragia muy intensa, formándose abundantes coágulos sanguíneos, que son arrastrados por un lavado que se hace al terminar la operación.

Dos o tres semanas señala Galezouschi como tiempo necesario para obtener la curación o mejoría y durante él, repite las escarificaciones cada dos o tres días. Gran número de veces, los enfermos mejoran, las curas que se obtienen son muy pocas.

Es ésta una operación que en los casos en que se emplea sola, consigue que sean eliminadas por las pequeñas heridas, parte de las granulaciones, nunca todas; por estas razones, poco a poco ha sido desechada y sus éxitos tal vez dependan en su inmensa mayoría, de los caústicos que se usan después de la intervención.

Extirpación del fondo de saco conjuntival

Galezouschi ha sido el que ha inventado esta operación y el que más la ha usado, habiendo obtenido doscientas curaciones o grandes mejorías en un número igual de tratados. Consiste en la excisión de los fondos de saco conjuntivales superior e inferior, por ser éste el asiento principal de las granulaciones.

Fácilmente se comprende que extirpada la con-

juntiva, órgano enfermo, el tracomatoso debe curar, o por lo menos aliviarse, y tal le pareció a su inventor, que sometía a sus enfermos al siguiente tratamiento: Previa o no anestesia, según los casos, se invierte el párpado cuyo fondo de saco se va a excindir y con una pinza ideada por el mismo autor, que consiste en una pinza ordinaria cuyas ramas se bifurcan formando otra doble por ajuste de estas bifurcaciones, se toma con ella el fondo de saco y se trae hacia adelante encargándola a un ayudante que la mantiene en esta posición; se hace a continuación la disección de la conjuntiva en su límite vulvar, empezando por una incisión que ni debe caer nunca sobre el globo del ojo ni pasar más allá del espesor de la mucosa. Disecada esta parte, hace otra incisión en la conjuntiva cerca del borde tersiano superior y la disecciona con mucho cuidado para no levantar el tarso y lusearlo, y no extirpar la conjuntiva palpebral, hechos que podrían traer fatales consecuencias. Al unirse esta incisión con la anterior queda separado el fondo de saco. Esta misma operación se hace en ambos párpados o bien en uno solo según la localización del tracoma; contenida la hemorragia se limpia el ojo y se aplican compresas frías.

Tres días después empieza a aplicar cauteri-

zaciones y al cabo de dos o tres meses obtiene la mejoría o curación.

Este tratamiento daría inmejorables resultados, si el tracoma estuviese localizado únicamente en los fondos de saco, pero lo común es que nos encontremos con granulaciones en la conjuntiva palpebral que no se extirpa; en este caso se alivia la enfermedad por la disminución del tejido enfermo pero no se cura; las cauterizaciones posteriores podrán curar esto o no. Aún en el primer caso, las cicatrices que deja son un grave inconveniente. Su uso está abandonado.

Escisión conjuntival combinada con resección tarsal

Es un procedimiento que consiste en una combinación de la escisión conjuntival que el año 1883 aconsejaba Heisrath, con la resección tarsal de Kuhnt, métodos éstos incompletos y que sumados dan una seguridad mayor de mejoría o curación. Su autor es Wooton, quien lo ha usado en gran número de casos.

Se quita toda la conjuntiva palpebral y el tarso respetando únicamente un borde del párpado de 2 1/2 mm., es en esta forma extirpado todo el tejido enfermo. Se termina la operación llevando la conjuntiva bulbar hacia el borde del párpado.

Las suturas deben ser hechas atravesando comi-

pletamente el espesor de éste y anudadas al exterior. Bastan, por lo común, tres suturas, excepcionalmente pueden hacerse más. La resección tarsiana es, sobre todo, necesaria cuando el tarso está profundamente atacado; éste es quitado por una incisión paralela al borde palpebral a 2 1/2 milímetros de la superficie interna.

Es éste un procedimiento muy poco usado, sin ninguna ventaja sobre otros más sencillos que describiremos en seguida.

Cantoplastia

Es una intervención complementaria, rara vez se usa sola; consiste en la formación de una comisura externa artificial con agrandamiento de la hendidura palpebral.

Se practica, haciendo primero la cantotomía mediante un corte de tijera dado en la comisura externa, que continúa la dirección de ésta y que agranda considerablemente la abertura de los párpados.

A continuación se dan tres puntos de sutura que unan los bordes de la incisión cutánea a los de la conjuntival; a los cuatro o cinco días se sacan estos puntos y en otros tantos cicatriza.

Queda una hendidura palpebral mucho mayor y con ello se consiguen los dos fines que se persiguen: primero, disminuir los rozamientos entre

las granulaciones y el globo del ojo, por ser mayor la curvatura del párpado que la de éste, y segundo, permitir la inversión completa, para poner al descubierto el fondo de saco conjuntival superior.

Como vemos, es un procedimiento que no ataca a las granulaciones en sí, la enfermedad persiste y de aquí su descrédito como intervención única.

A pesar de esto, muy a menudo, con la sola cantoplastia, el enfermo se alivia, las lesiones corneanas disminuyen y hasta curan, el blefaroplasmo y la fotofobia tan rebeldes, a veces desaparecen y las granulaciones mejoran. Estos efectos son debido al menor rozamiento entre la conjuntiva enferma y la cornea muchas veces lesionada por este continuo frote con las granulaciones. Además es una operación que permite la cura con los caústicos y, por lo tanto, muchas veces la mejoría rápida del enfermo.

A veces ésta se hace con el exclusivo objeto de poder invertir el párpado, para luego aplicar el procedimiento quirúrgico que se quiera, y es así que es un tiempo de algunas operaciones.

Resumiendo; la cantoplastia sólo sirve para facilitar la aplicación de otros medios; ya médicos, ya quirúrgicos, pero no actúa directamente sobre las granulaciones, no obstante de que alivia los síntomas subjetivos.

Brochado

Es ésta una operación sencillísima, que consiste en frotar la conjuntiva enferma con cuerpos de diferente naturaleza que varían según los tiempos y autores, pero siempre, más o menos, duros con el fin de destruir las granulaciones. Volhouse lo hacía, con un manojo de filamentos de espiga de centeno; Mouchiart con una brocha formada con los garfios de un helecho llamado cola de caballo, otros con un cepillo, etc.

Modo de practicarlo: Previa anestesia local, se invierten los párpados para poner al descubierto las dos superficies conjuntivales y en esta situación, con el objeto que se use, se hace un frotamiento enérgico de ellas en dirección paralela al borde palpebral, a fin de evitar cicatrices viciosas. Este puede ser, una esponja seca, una brocha, o por lo común es un cepillo de crines duras y cortas. Kiening empapa el instrumento que usa, con sublimado, cloruro de sodio y agua destilada.

Hippel hace un brochado todos los días con algodón embebido de sublimado o diferentes concentraciones.

Según que esta operación se use como procedimiento único o como complemento de otros, se efectuará de distinta manera. En el primer caso

dura el cepillado hasta que la conjuntiva sangre abundantemente, y en el segundo hasta destruir la pseudo-membrana que se forma después del raspado, por la concreción sobre la conjuntiva de las secreciones tracomatosas.

Nunca es suficiente el brochado para curar la afección; sino que se necesita alternarlo con los caústicos y hacerlo a éste una o dos veces por semana.

Indicaciones y contraindicaciones: Como procedimiento único, su acción es poco eficaz; en cambio, como un tiempo de otras operaciones es de una real utilidad. Como complemento del raspado lo emplearemos siempre que éste se efectuó inmediatamente después de él, para destruir las pequeñas grañulaciones que no pudieron ser tocados por este procedimiento, y en los días sucesivos para hacer desaparecer la pseudo-membrana que se forma.

Las contraindicaciones son las mismas que las del raspado y hablaremos de ellas al tratar este punto.

Expresión y cepillado

Es un procedimiento que lo he visto emplear al Dr. F. Iribarren, y que consiste:

1.º En anestesiar por medio de una inyección sub-conjuntival de cocaína dada en el fondo de

saco, de modo que éste se ponga bien de manifiesto lo mismo que las granulaciones que lo afectan; 2.º, por medio de las pinzas de Knapp, hace la expresión del tejido enfermo lo más completa posible; 3.º, cepillado; 4.º, lavado con bicloruro al 1/4 por 1.000; 5.º, una vez pasada la inflamación continúa la cura por los caústicos.

Los resultados son inseguros y los éxitos se deben en gran parte al tratamiento por el sulfato de cobre y nitrato de plata; sus indicaciones y contraindicaciones son las mismas que las del raspado.

Raspado

Los árabes Judens y Razes lo ejecutaban con la cucharilla; Celso lo practicó con la cara áspera de una hoja de higuera; Pablo de Egina con un hueso de gibia; más tarde fué empleado en una forma más científica por Satller y Darier lo sujetó a indicaciones fijas y determinadas.

Modo de practicarlo: Este debe empezar por el párpado inferior para evitar que la sangre procedente del raspado del superior nos impida distinguir bien las lesiones de aquél. En el primero se hace pocas veces, porque en la mayoría de los casos o no hay en él verdaderas granulaciones o éstos ceden más tarde con los caústicos.

Es una operación dolorosa y la anestesia se

hace siempre necesaria. Pero lo que no es indispensable es que ésta sea general, salvo en los casos que se trate de niños o personas nerviosas. Conseguida la anestesia, se lava la conjuntiva con una solución de sublimado al 1/2 por 1.000 y se procede primeramente contra la parte enferma del párpado inferior, para lo cual se introduce una espátula protectora del ojo y por medio de una tracción constante de este párpado hecha hacia abajo ejercida por un ayudante que lo toma con una gasa, pone al descubierto el fondo de saco. Es entonces que con una cucharilla cortante se separan con suavidad todas las granulaciones.

Una vez hecho esto, pasamos a verificar el raspado del párpado superior, para lo cual lo invertimos y se introduce la espátula entre él y el globo ocular, pudiendo desde este momento procederse a la eliminación de la parte enferma de conjuntiva (que se encuentra a nuestro alcance, como en el caso anterior. En seguida quitamos el protector y se hace el raspado del fondo de saco conjuntival superior para lo cual es necesario ponerlo al descubierto y mantenerlo así mientras dure la operación. Para ello se emplean pinzas especiales de diferentes inventores: Desmarres, Pean, Sattler, Darier, etc.; la más usada, son las de este último, procedemos de la manera siguiente: se invierte el párpado superior y se toma hori-

zontalmente el borde libre de éste, luego con una mano que varía según el ojo enfermo, la hacemos girar sobre su eje hacia la parte superior, arrojando el párpado en ella, a la manera de un barquillo, con lo cual queda el fondo de saco superior y el borde del cartilago tarso completamente al descubierto.

Si el raspado dúrrese algún tiempo, conviene cambiar de cuando en cuando la posición de la pinza a fin de evitar que la presión que con ella se ejerce mortifique el párpado.

Una vez descubierta la parte de conjuntiva que tratamos de raspar, nuestro primer cuidado debe ser enterarnos de la topografía de las granulaciones, porque una vez empezada la operación, la sangre que brota de las heridas nos impide ver el lugar que ocupan y nos exponemos a dejar algunas de ellas y que se reproduzca la enfermedad; el raspado debe hacerse en la misma forma que para el párpado inferior, sin dejar de separar perfectamente todas las granulaciones existentes cerca de la comisura y carúncula lagrimal, sitios en que es difícil efectuar esta operación; terminado éste, se hace un lavado con la solución de sublimado al $\frac{1}{2}$ por 1.000, desenrollamos el párpado, se quitan la pinza y el protector; la intervención debe hacerse sin herir el tejido sub-mucoso, porque en este caso se pro-

ducen cicatrices retráctiles y viciosas, causas a su vez de entrópion, simblifaron, etc., etc.

Cuando las granulaciones han invadido la carúncula, la conjuntiva bulbar y el limbo esclero-corneano, dicen Darier y Fourrey, que la operación de poner al descubierto el tejido enfermo, puede conseguirse con la simple ayuda de un blefarostato: con una pinza de fijación hacen presa en la conjuntiva bulbar y pueden mover el globo del ojo a voluntad, incinden, frotan y raspan la parte afectada y hasta la misma cornea en caso de pannus; siempre con mucho cuidado y marchando del centro a la periferia sin herir el tejido sano. Si la carúncula está muy infiltrada aconsejan incindirla de un golpe de tijera y rasparla a continuación.

Terminan con un ligero cepillado, seguido de un lavado con bicloruro de mercurio.

No hay inconveniente en repetir esta intervención sino bastase con una sola vez para obtener la curación; generalmente, tratándose de granulosos antiguos que no han sido curados, de granulaciones de forma esclerosa, o de otras que penetran hasta el espesor del tarso, este procedimiento sólo los mejora y se hacen necesarias otras operaciones complementarias y el empleo de cáusticos.

Indicaciones y contraindicaciones: Es un pro-

cedimiento que destruyendo las granulaciones, alcanza algunos éxitos, pero no debemos emplearlo siempre por que hay formas en que nada se consigue con él y otras en que siendo perjudicial está contraindicado.

Su verdadera indicación está en las formas crónicas y subagudas. Aquí es donde el raspado, combinado con el cepillado y los caústicos nos da los mejores resultados. Ya hemos dicho que solo es insuficiente.

Por el contrario, las formas agudas, en su faz inicial y purulenta, lo contraindican.

Muchas de las complicaciones del tracoma se curan, o por lo menos se alivian, con esta intervención, como ocurre en el pannus y en las queratitis superficiales. En cambio, los abscesos de la cornea, las ulceraciones profundas, las queratitis supuradas, se agudizan de tal modo que pueden dar lugar a extensas ulceraciones y perforaciones de la cornea.

En los niños granulosos son muy frecuente las queratitis flictenulares, ya como complicación de esta enfermedad por propagación del proceso, o como resultado de la acción mecánica de las granulaciones sobre la cornea y aún muchas veces como manifestaciones de un estado general escrofuloso; nunca en estos casos usaremos este medio de cura, especialmente si las flictenas o las

ulceras que éstas dejan están situadas en el centro de la cornea; debemos curar estas complicaciones y atacar a la enfermedad provocadora de ellas por medio suaves e incapaces de producir grandes reacciones, hasta que ésta sane y se pueda intervenir más enérgicamente. La iritis o cualquiera otra inflamación de las membranas del ojo, lo contraindican.

Procedimiento quirúrgico completo

De los medios quirúrgicos que hemos descripto ninguno es capaz, por sí solo, de curar a un tracomatoso.

En efecto, la cantoplastia, no obrando para nada sobre las granulaciones, nos puede servir de bien poco; el brochado siempre necesita ir seguido de los caústicos y a veces precedido del raspado y éste resulta insuficiente sin el cepillado, pues deja tejido enfermo que por su tamaño ó mala situación no ha podido ser destruído. Lo que acabamos de decir se hace más marcado, si nos referimos a otras operaciones menos acreditadas de esta enfermedad, como ser: las escarificaciones, masaje, expresiones, etc.

Los oftalmólogos han combinado estos procedimientos de distintos modos, según las indicaciones de cada uno de ellos y sus experiencias particulares, para formar otros más perfectos y

que constituyen lo que podríamos llamar, operación del tracoma.

Estas combinaciones no son invenciones de hoy; ya Hipócrates, que primero hacía el enérgico brochado que hemos citado, aplicando luego fuego y a continuación una pomada de sulfato de cobre, nos dió un método quirúrgico completo que, en esencia y considerando la diversidad de medios que se conocían en aquella época, a los que hoy en día conocemos, son idénticos como intervención, pues la anestesia y la cantoplastia de éste sólo son accidentales y la inversión de los párpados no hay duda que también el padre de la medicina lo haría.

En los tiempos modernos, el primero que estableció un procedimiento quirúrgico completo para el tratamiento de la conjuntivitis granulosa crónica fue Satlller, partidario durante algún tiempo de la excisión del fondo de saco conjuntival de Galezousechi; y que más tarde, estudiando las ideas de Pilz, Volfi y Bardenheuer que obraban de la siguiente manera: el primero excindía las granulaciones con una aguja de cataratas; el segundo escarificaba la mucosa, y Bardenheuer se servía de la cucharilla cortante; fundó el método operatorio siguiente: 1.º Anestesia; 2.º Escarificación de las granulaciones con una aguja de cataratas; 3.º Expulsión de su contenido con la cu-

charilla cortante. Darier modificó esta intervención, inventando otra que consta: de un primer tiempo en que se hace la cantoplastia y el raspado de la carúncula lagrimal, conjuntiva bulbar y cornea, en el caso de que éstas estén atacadas.

El segundo tiempo de la operación consiste en el cepillado preparatorio que debe empezar por el párpado inferior para que la sangre no oculte las granulaciones que en él se encuentran.

El cepillo debe ser de crines duras y cortas; hacemos una antisepsia, lavándolo con alcohol absoluto y luego con una solución caliente de sublimado o de cianuro de mercurio al 1 por 100; a medida que se impregna de sangre la lavamos con bicloruro al 1 por 500. En la superficie granulosa, así antiseptizada, se practican escarificaciones más o menos profundas, según los casos y cuando se ve salir la pulpa granulosa, que se la levanta con una pequeña cuchara de bordes cortantes.

El último tiempo es el cepillado, que debe ser más enérgico que el anterior y se lava en seguida con una solución débil de sublimado corrosivo.

A su vez, Abadie, jefe de clínica del Dr. Darier, completó la operación de éste. Modificación que fué comunicada a la Sociedad Francesa de Oftalmología el año 1891 y el 1893 la confirmó su

autor ante la misma presentando numerosos casos de curación.

El procedimiento de Abadie, discutido y aceptado por unanimidad en la citada sociedad, consta de los siguientes tiempos:

- 1.º Anestesia por el cloroformo.
- 2.º Agrandamiento de la hendidura palpebral y ranversamiento completo de los párpados.
- 3.º Escarificación.
- 4.º Raspado con la cucharilla.
- 5.º Brochado con una solución antiséptica, (recomienda el sublimado al 2 por 1.000).

La cloroformización no es esencial, lo mismo que la cantoplastia; se harán cuando las condiciones del enfermo lo exijan.

El Dr. Mansilla añadió un tiempo a la operación de Abadie:

- 1.º Anestesia local o general, según las necesidades.
- 2.º Cantoplastia e inversión de los párpados.
- 3.º Raspado con la cucharilla.
- 4.º Cepillado con sublimado.
- 5.º Cauterización con el nitrato de plata.

Tanto el procedimiento de Abadie como el del Dr. Mansilla dan inmejorables resultados y son los métodos que deben ser indicados en caso de una intervención.

Durante el día de la operación se produce una

intensa congestión conjuntival, acompañada de dolor y edema; veinticuatro a treinta y seis horas después empiezan a bajar estos síntomas. Sucede en algunos casos que tras una mejoría vuelve a quedar la enfermedad estacionada, haciéndose necesaria una nueva intervención.

Las indicaciones y contraindicaciones son las mismas del raspado.

Procedimiento de Jacovides

Durante varios años, este autor ha empleado sistemáticamente un procedimiento que le ha dado excelentes resultados, he aquí como procede: 1°— Operación. Ranversado el párpado superior es sostenido y levantado con los dedos o con una pinza de fijación quedando bien al descubierto el fondo de saco superior, que escarifica con el escarificador de Desmarres en todos los puntos en que existan granulaciones, folículos o papilas hipertrofiadas. Luego practica un raspado en regla con la cucharilla cortante del Dr. Abadie. Después de un buen lavaje antiséptico, que arrastre todos los coágulos y detritus, introduce entre los párpados un poco de pomada de precipitado amarillo y aplica un vendaje húmedo durante dos horas, pues el enfermo ha de lavarse regularmente los ojos cada dos horas, porque siempre hay

bastante reacción inflamatoria y alguna secreción. 2.º Tratamiento consecutivo. Los seis u ocho días siguientes a la intervención, se hacen cauterizaciones con nitrato de plata al 2 por ciento, hasta que desaparece completamente la secreción. Después continúa con aplicaciones de glicerolado de cobre al 1 o 2 por ciento. Es este un procedimiento mixto y da buenos resultados.

Tratamiento completo de un tracomatoso

Una vez estudiados cuantos medios se han preconizado contra el tracoma, en presencia de un individuo que lo padece ¿cómo procederemos?

Es sumamente difícil contestar a esta pregunta, pues en el tratamiento de esta enfermedad se puede generalizar muy poco, dada la inmensa variedad de casos que se presentan, en los que cada forma requiere un medio de cura diferente, a veces opuesto al de las otras; una conjuntivitis granulosa resiste a los medios terapéuticos en que otra similar mejora y últimamente la constitución del enfermo, el ambiente en que vive, la presencia de diversos microorganismos que vienen a implantarse en la conjuntiva, la sensibilidad del paciente a ciertos medicamentos, su tolerancia para otros, son otras tantas causas que hacen variar al infinito el tratamiento.

Sin embargo vamos a emitir el juicio que tene-

mos formado de este asunto adquirido por el estudio de las autores que de este punto tratan y por la observación de los numerosos casos que acuden a las clínicas de Oftalmología de los hospitales Español y Fiorito.

Empezaremos prescribiendo al enfermo un plan general, fortificante, higiénico, antilinfático, anti-tuberculoso, etc., etc., según lo requieran sus condiciones particulares. Lo aislaremos en lo posible encargándole que sus prendas de vestir y limpieza sean de su exclusividad y después de hacerle ver la conveniencia de que lleve sus ojos al descubierto pasaremos a considerar la forma de la afeción. Mucha importancia tienen en ciertos casos el precepto de que lleve los ojos al descubierto, pues suelen presentarse algunos enfermos con un ojo tapado, creyendo que es más conveniente, siendo por el contrario perjudicialísimo aún en el caso de que existan úlceras corneanas, porque con el vendaje se estanca la secreción granulosa y se constituye un foco de suciedad e infección que agrava la enfermedad; en caso de intensa fotofobia le recetaremos cristales protectores contra la luz.

Como medida antiséptica e importante prescribiremos tres o cuatro lavajes diarios con una solución de bicloruro de mercurio al 1/4 por mil.

Es fácil cuando el tracoma es agudo, que al

ir a hacer el reconocimiento de la conjuntiva nos encontraremos con la imposibilidad de efectuarlo porque el intenso edema de los párpados impide su inversión; para hacerlo desaparecer bastarán las compresas calientes con solución de ácido bórico aplicadas varias veces al día.

Cuando la granulación es aguda, la vascularización grande, la secreción abundante y si la forma es linfóide, usaremos en cualquiera de estos casos la solución de nitrato de plata al 1 ó 2 por ciento según la intensidad de la afección; lo mismo podemos emplear el protargol al 2 ó 5 por ciento. Con ambos se debe hacer una cauterización diaria. Una vez pasado el período inflamatorio, usaremos el sulfato de cobre.

Cuando la granulación es crónica de forma escleroide, si la conjuntiva no tiene secreción purulenta, emplearemos al sulfato de cobre en forma de piedra o de glicerolado al 10 por ciento.

También este cáustico se aplica una vez al día, más como su acción suele agotarse, podemos usarlo cada dos días o lo que es mejor alternarlo con una solución acuosa al 50 por 100 de sub-cetato de plomo, si este no está contraindicado.

Lograda la desaparición de la hipertrofia conjuntival por estos medicamentos, aplicaremos diariamente unas gotas de solución acuosa de tannino al 3 por ciento para curar la conjuntivitis

crónica que queda. No nos cansaremos de repetir que debe tenerse especial cuidado en tocar con estos medicamentos los fondos de saco, para evitar lamentables fracasos.

Ante la existencia de úlceras corneanas o de queratitis supuradas, dejaremos los cáusticos y se tratará primero de curar la supuración, para volver a ellos una vez que la cornea esté sana. Si las úlceras son superficiales o están en período de reparación, no suspenderemos el sulfato o el nitrato de plata.

Cuando estos medios no den resultados y si la granulación crónica es de gran tamaño y sobre todo cuando pertenezca a la forma escleroides o fibroide, recurriremos al tratamiento quirúrgico completándolo con el médico.

El tamaño, dureza y aspecto de las granulaciones nos pueden hacer comprender muchas veces, que el brochado bastará para destruirlas y a él acudiremos, haciendo un cepillado cada 3 o 4 días y en número de 6 u 8 en total según las necesidades, en los intervalos de estos usaremos el tratamiento por los cáusticos.

Cuando no consigamos nada por esta forma de obrar o el tipo fibroso o escleroso del tracoma sea manifiesto, no habiendo secreción, emplearemos el método completo de Abadie o el de Mansilla.

En los días sucesivos a la operación y mientras notemos la conjuntiva inflamada usaremos el nitrato de plata y una vez que ésta mejore debemos continuar con el sulfato de cobre y más tarde cuando esté indicado, emplearemos el tanino. A veces es necesario alternar después de la operación de Abadé, los cáusticos con el cepillado. Nos abstendremos del método quirúrgico cuando la afección nos presente síntomas de agudeza, o esté complicada con queratitis supuradas o úlceras corneanas profundas. En igual caso se encuentra la iritis. La queratitis superficial y el pannus se alivian con el tratamiento quirúrgico y por lo tanto lo emplearemos cuando existan estas afecciones.

La inflamación, edema y dolor que sobreviene durante las 24 horas siguientes a la operación ceden por sí solos, pero si los dolores fuesen muy intensos y el blefaropasmo y la fotofobia molestaran mucho al enfermo, aplicaremos compresas calientes con una solución de ácido bórico varias veces al día.

El tratamiento por los cáusticos se prolonga hasta pasado algún tiempo de curada la enfermedad, lo que conoceremos porque la conjuntiva se muestra pálida, lisa, uniforme o con las cicatrices tramatosas características. No debe ser repentina la suspensión de estos medicamentos, sino que lo

efectuaremos poco a poco, primero con una aplicación cada dos días, después cada tres y así sucesivamente hasta su completo abandono.

Dada la rebeldía de esta enfermedad, fracasaremos muchas veces, si no nos armamos de una constancia y cuidados extraordinarios. Ni un día debemos descuidarnos, hay que seguir paso a paso, las agudizaciones, mejorías y complicaciones, prescribiendo los medicamentos precisos y sustituyéndolos por otros en el momento oportuno.

Sin disputa, la profilaxis es la parte más importante del tratamiento del tracoma, pues si se cumplierse rigurosamente llegaría a desaparecer esta enfermedad. Desgraciadamente es también la más difícil de ejecutar porque no hay que creer que es fácil aislar a estos enfermos, individuos cuya mayor parte soportan su padecimiento como una molestia sin importancia y aun hay algunos que ignoran su enfermedad, encontrándose frecuentemente el Oftalmólogo con tracomatosos que se quejan de una afección ocular de fecha reciente, tal como queratitis, úlceras corneanas, etc.; asegurando que nunca han padecido enfermedades del aparato de la visión, siendo así que la conjuntiva presenta granulaciones o cicatrices antiguas.

De la obra de Axenfeld que sabiamente trata la profilaxis del tracoma, tomamos los datos que

siguen exceptuando los que se refieren a la inmigración por no estar de acuerdo sobre este punto con este autor.

Es necesario que aun después de haber desaparecido la secreción, cuando el enfermo de tracoma reanuda su trabajo, vuelve a la escuela, etcétera; es decir durante toda su vida, tenga para su uso exclusivo utensilios de limpieza, toallas, pañuelos, cama y ropa de cama. Si es posible, en los periodos segregantes tendrá además para sí, cubiertos para comer, vasos, platos, utensilios de trabajo, etc. Desde luego estos últimos no debe usarlos nadie hasta después de limpiarlos esmeradamente.

Para la ejecución de estas medidas sólo será necesario el aislamiento en cuanto parezca preciso para el servicio exclusivo de los objetos usuales. En esta cuestión puede individualizarse en absoluto.

El aislamiento suele ser superfluo en las casas privadas y en las clínicas. En los sitios donde se acumulan muchas personas (trabajadores del campo, fábricas, hospicios para huérfanos, etc.) los tracomatosos deben tener un local para ellos solos. Sin embargo, aun en estos locales no será común el uso de los objetos, para impedir que casos que aun no han terminado su evolución se reinfecten. En ninguna circunstancia personas

sospechosas de padecer tracoma se pondrán en contacto con tracomatosos comprobados, pues se las expondría a contraer una afección de que tal vez no padezcan. Siempre que se cuide de que tales presuntos enfermos de tracoma tengan a su disposición tohallas, menaje de limpieza, etc.; en general podrá permitírseles estar entre los sanos.

La afección tracomatosa exige rigurosas medidas respecto de los niños escolares. En las ordenanzas redactadas al efecto de la higiene de las escuelas en las diferentes naciones, las reglas vigentes son especiales para cada una. Respecto de lo que a la enfermedad que nos ocupa se refiere podemos considerar como norma la siguiente:

1.º Los niños que sufren tracoma con secreción deben de eximirse de la asistencia a la escuela hasta que la secreción desaparezca.

2.º Si se descubre tracoma en una escuela, se examinará a todos los alumnos y alumnas. Al hacer el diagnóstico debe evitarse toda confusión con los inofensivos folículos escolares y los catarros simples. Los niños enfermos de tracoma se pondrán en tratamiento y según la gravedad de los casos y el número de niños atacados se les dispensará de asistir a la escuela por lo menos durante el tiempo suficiente para aplicarles el tratamiento realmente causal (expresión, ama-

samiento de la conjuntiva, etc.) lo cual puede hacerse en algunas pocas semanas. Se permitirá la asistencia a las clases durante el tratamiento a que durante varios meses se les someterá posteriormente y a los que no padezcan tracoma segregante; pero se cuidará de ponerlos en bancos especiales, de que usen utensilios para ellos solos y de que no participen de los juegos y ejercicios gimnásticos hechos en común.

3.º De cuando en cuando se repetirá la inspección médica en la escuela infectada.

4.º Los parientes y allegados del niño enfermo también deben ser examinados e instruidos con todo cuidado acerca de los peligros de infección.

Como es natural, en todas estas disposiciones debe encarecerse la atención que merece la higiene doméstica. Sin embargo, en el tracoma no es necesaria la desinfección radical de todo el cuarto y de toda la casa como se prescribe en la escarlatina y en otras enfermedades contagiosas.

Siempre que importe prever la invasión y propagación de la enfermedad y también en las regiones que aun no estén muy contaminadas por el tracoma, las medidas preventivas necesarias, aumentarán notablemente de eficacia, obligando a denunciar la enfermedad y penando con multas las omisiones. Aun cuando la reglamentación de

estas cuestiones debe estar a cargo de las correspondientes autoridades, explicamos los puntos de vista con arreglo a los cuales debe hacerse. Es particularmente necesario vigilar a los trabajadores procedentes de las regiones contaminadas. Como especialmente infectadas de tracomia pueden considerarse: Rusia, Polonia, Galitzia austriaca, Bohemia, Hungría, Italia, Turquía y España; en el Este de Alemania, Prusia Occidental y Oriental, Posen y Silesia y en el Oeste, Hessen-Nassau, país del Rhin, Westfalia, Eichsfeld, parte de Turingia, y además algunas provincias de Francia, Bélgica y Holanda. El Sur de Alemania está hasta ahora casi libre (con excepción de parte de la Franconia bávara y del país de Hohenzollern, y también en parte el Palatinado y Alsacia-Lorena,) así como Suiza, el Tirol y Salzburgo.

Mediante los cuidados oficiales que se prestan a los enfermos, casi siempre se logra que estos se resignen al tratamiento. En general no es necesario hacer valer la autoridad policíaca cuando se procede con los necesarios miramientos, pero con la decisión precisa. Para la eficacia de las medidas son condiciones necesarias la actuación simultánea sobre todos los atacados y que el tratamiento sea gratuito: con este fin, así como para proveer al sostenimiento de clínicas en

que tratar a estos enfermos y a los que no pertenecan a sociedades o a cajas de socorros, etc.; que cubran los gastos que origine su estancia en los hospitales, debe haber plazas gratuitas sufragadas por la beneficencia pública.

Así que se diagnostique un enfermo, lo mejor será examinar a los que habitan con él y a sus compañeros de trabajo. Esto se hará en la medida más amplia posible y se ejercerá además una escrupulosa vigilancia de cuantos le rodeen.

Es muy recomendable proceder a una investigación en el establecimiento de donde haya llegado el enfermo y en la familia de sus padres.

Como es natural se denunciarán los casos dudosos de tracoma y esta enfermedad en todos los períodos incluso el cicatricial.

En cambio cuando se trate de los sospechosos de tracoma antes descritos con todo detalle, será conveniente esperar algún tiempo antes de intuir un tratamiento y de ordenar las reglas de prevención, dado que se hayan seguido las prescripciones y el enfermo no se sustraiga a la observación. Si un individuo sospechoso de tracoma no sigue las indicaciones que se le hagan o se sustrae a la vigilancia, se dará aviso inmediatamente y lo mismo cuando por incuria y suciedad constituya un peligro de propagación.

Aun cuando desaparezca la secreción y des-

pués de seguir un tratamiento hospitalario, es de desear que no se pierda de vista a los tracomatosos. Desde luego sería necesario que la inspección se prolongara todo lo posible, pues por parte de los enfermos hay marcada tendencia a burlar la vigilancia. En todo caso debe insistirse cerca de los patrones, maestros de escuela, etcétera; sobre la puntual y consecuente observancia de las ordenanzas, pues no puede negarse la capacidad para el trabajo y para visitar la escuela a los individuos que padecen tracoma no segregante, pues tanto equivaldría a condenarlos a la miseria o a que de por vida se quedasen sin instrucción.

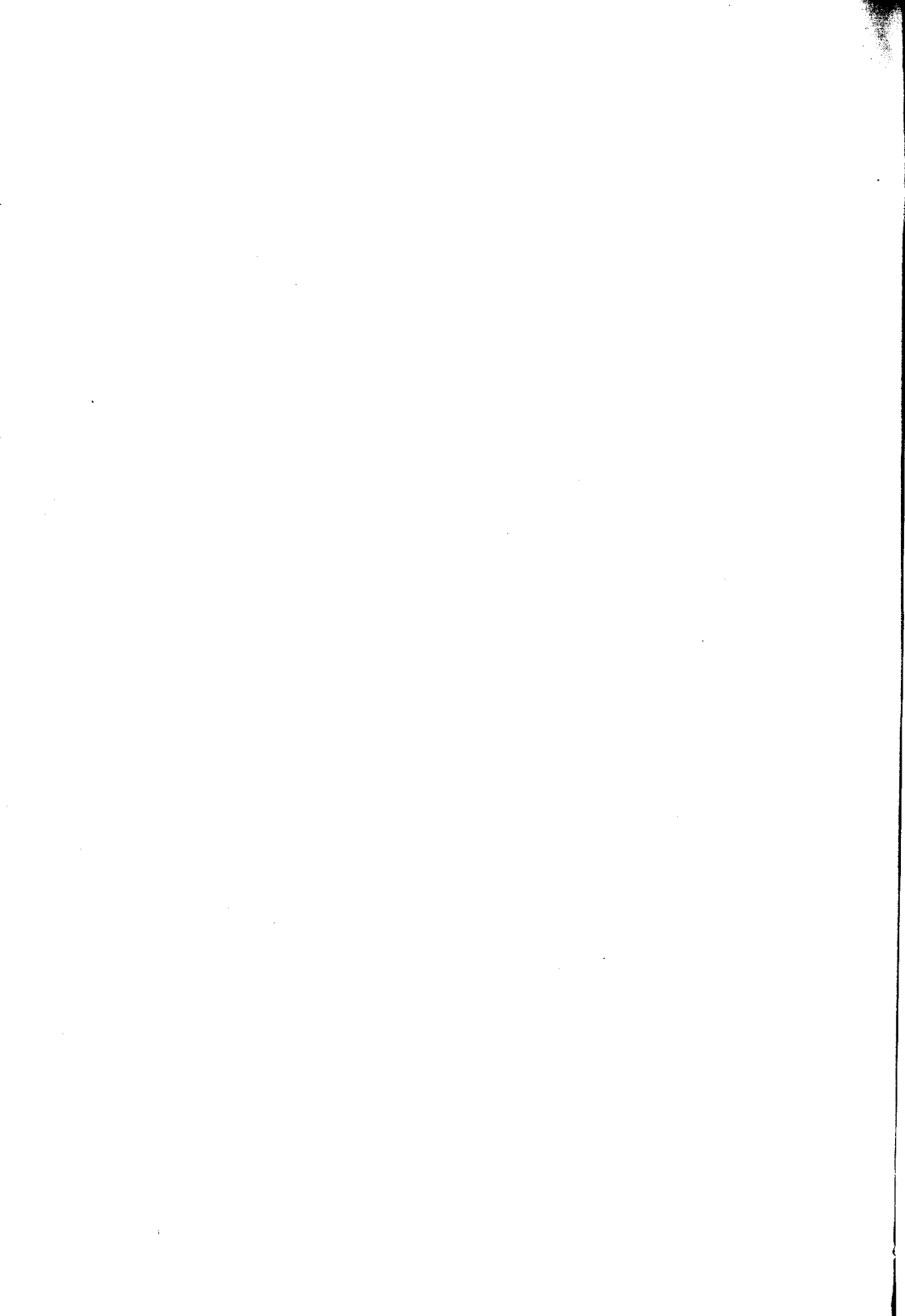
No debe permitirse la entrada de inmigrantes que padezcan de tracoma, sea cual fuere el grado de evolución en que ésta se encuentre.

Una persona tracomatosa es por completo impropia para guardar o cuidar niños. Por lo demás si se puede permanecer en una familia dependerá de las circunstancias y de los peligros de infección pertinentes al caso.

Cuando unidos médicos y autoridades emprenden la lucha contra el tracoma con verdadero interés, seguramente podrá esperarse que se llegará a desterrar esta plaga. Ahora bien; es un trabajo que ha de prolongarse durante años y con uni-

dad de miras, en correspondencia con lo largo del curso de la dolencia, y también es imprescindible la organización de servicios destinados a este fin en los países contaminados de tracoma.

NICOLÁS F. LAISECA.



Bibliografía

Demaría E. B., Mazza S. y Rebay H.—Vacunoterapia de la conjuntivitis granulosa. — B. de la S. de Oftalmología de Buenos Aires, 1916.

Rebay H.—Estado actual de la vacunoterapia.— B. de la S. de Oftalmología de B. Aires, 1917.

Darier.—Thérapeutique oculaire.

Wieden Portillo—Trat. de la conj. granulosa por medio de la expresión. — Arch. de Oftalmología, 1903.

Bettreuneuse—Los rayos X en terapéutica ocular. — La Clinique Ophtalmologique, año 1903.

Darier—Los rayos X en terapéutica ocular. — (La Clinique Ophtalmologique, año 1903)

Wecker L.—Thérapeutique oculaire.

Terrien F.—Thérapeutique oculaire.

Brun y Moraxe—Thérapeutique oculaire.

Adam C.—Thérapeutique oculaire.

Serini—Thérapeutique oculaire.

Gandolfo A. — Tratamiento quirúrgico del trachoma.

Terrien—Chirurgie de l'oeil.

Casey y A. Wood.—Ophtalmie operations.

Crespo I. — Contribución al estudio de la conj. granulosa bajo el punto de vista de su tratamiento.

Panas—Traité des maladies de yeux.

Moraxe—Precis d'ophtalmologie.

Fuch E.—Manual d'ophtalmologie.

Axenfeld—Traité d'ophtalmologie.

Nicolas Chiriani—Conjuntivitis granulosa.

Pardo Ruggero—Gazzetta degli ospedali, año 1904

Mayon—The treatment of trachoma by the Xrays (Trans Ophtal. Soc. of the U. K. vol. XXIII).

Stephenson et Walsch — Trans of the oph Soc. vol. XXII, pág. 95.

Gronhohm—Du traitement du trachome par la lumiere de Finsen. Revué générale d'Ophtalmologie, año 1912.

De Mets — Les sous acétate de plomb dans le traitement du trachome.—Soc. Franç. d'Ophtalmologie, mai 1911.

Hartson—Cinquante cas de trachome traités par la neige carbonique. (Tribune médicale, p. 449, año 1911).

Stargardt—Sur l'influence des rayons Roentgen

sur les follicules du trachome. R. G. d'Ophtalmologie, año 1907.

Thieleman—L'effet du radium sur la conjunctive trachomateuse. R. G. d'Ophtalmologie, año 1907.

Wiecherkiewiez — Sur la radiotherapie du trachoma.—R. G. d'Ophtalmologie, año 1906.

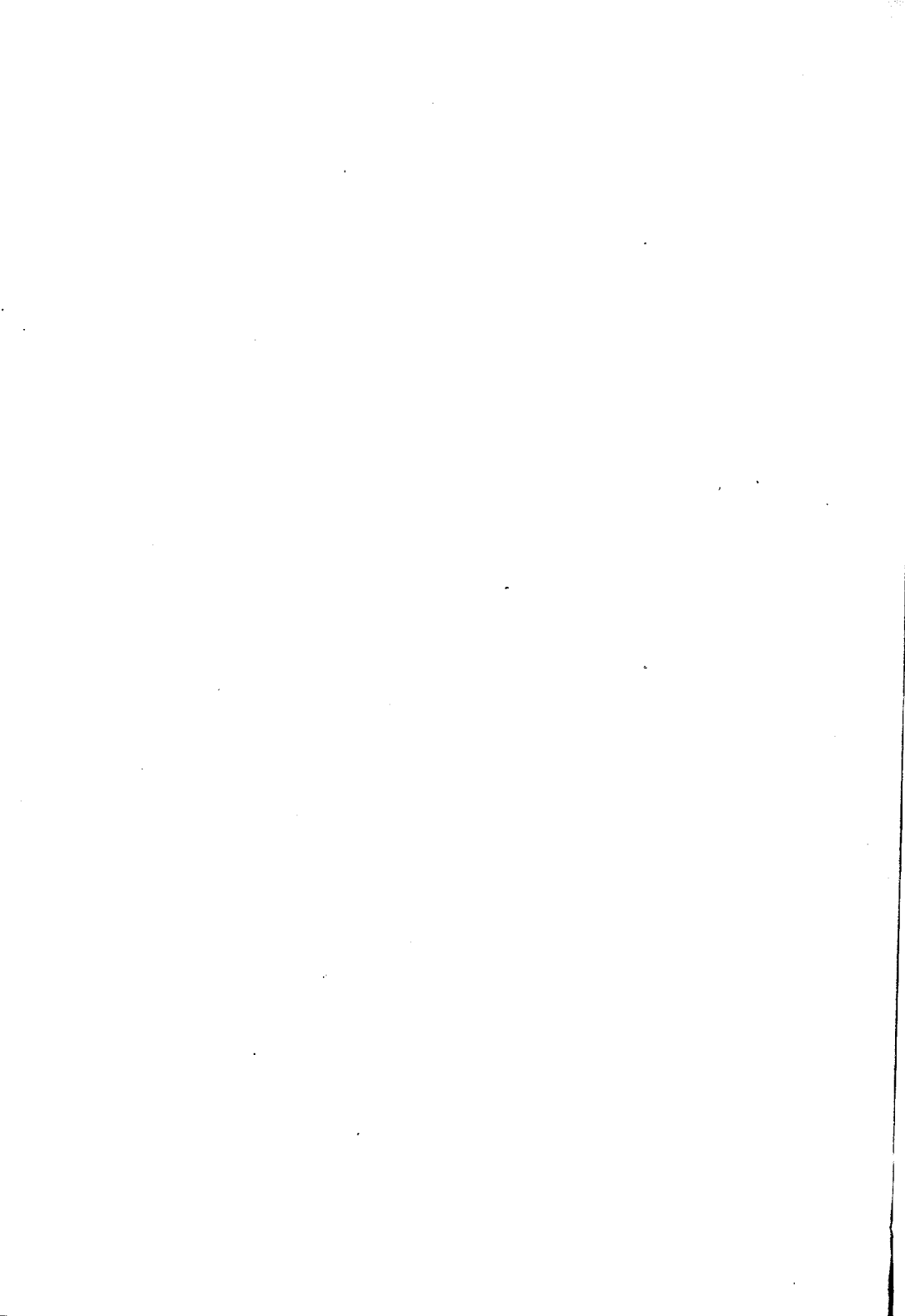
Kardo-Syzoieff—Le traitement des diverses formes de trachome par le radium.—R. G. d'Ophtalmologie, año 1910).

Martin H.—Sesenta casos de tracoma tratados por el método Cower (Arch. de Oftal. año 1912)

Zelenkouski — Tratamiento del tracoma por los rayos X.

Becquerel—Arch. de oftal. año 1909.





Buenos Aires, Mayo 8 de 1917

Nómbrese al señor Académico Dr. Eduardo Oberegero, al profesor suplente en ejerc. Dr. Enrique Demaría y al profesor suplente Dr. Adolfo Noceti para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA.

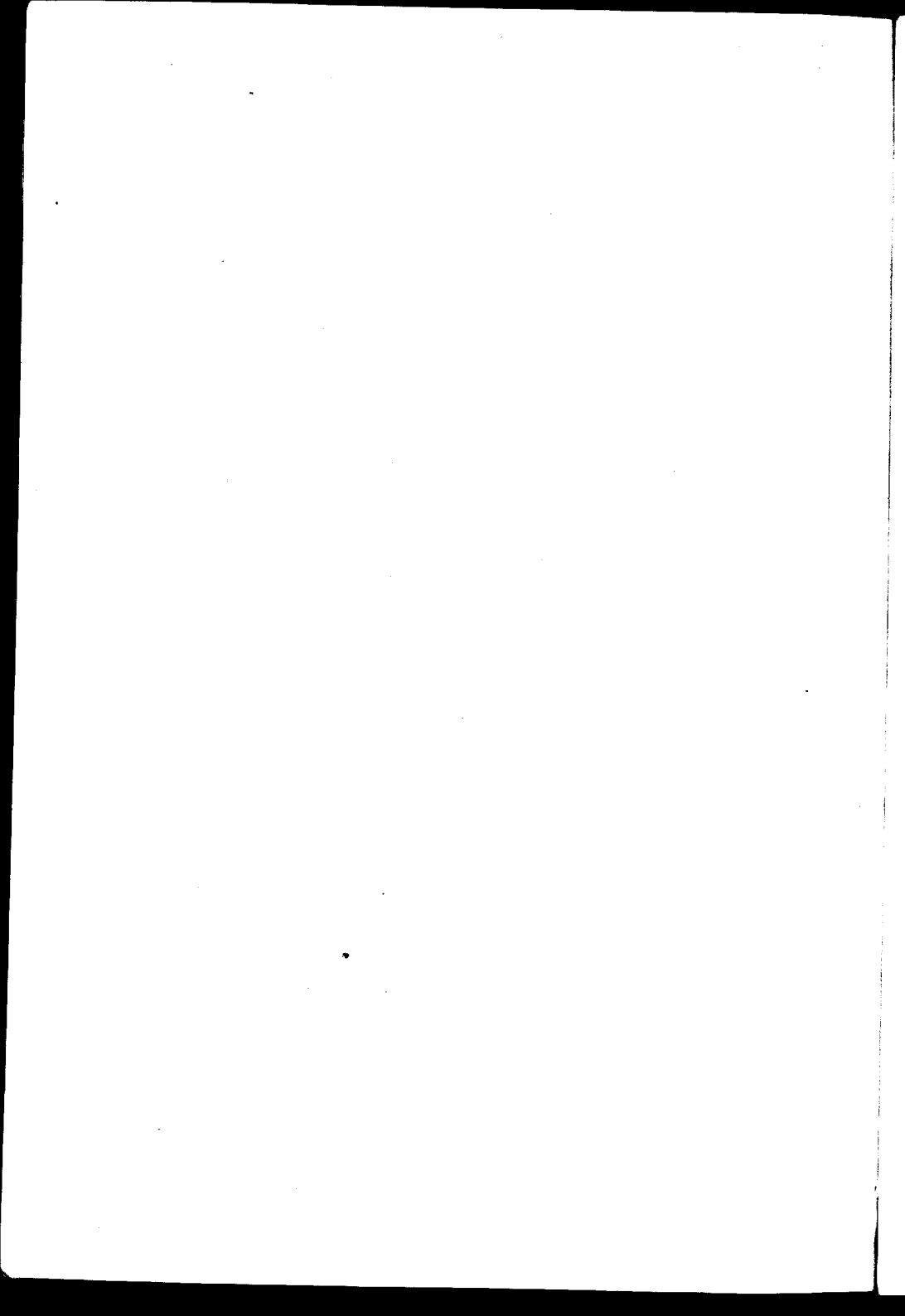
J. A. Gabastou.

Buenos Aires, Mayo 15 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 3275 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA.

J. A. Gabastou.



PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Naturaleza de las granulaciones.

Eduardo Obejero.

II

Tratamiento específico de la conjuntivitis granulosa.

Enrique Demaría

III

¿Cómo se hace la extirpación completa del tarso?

Adolfo Noceti.

30400

