

N.º 3459

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EL TRACOMA

HISTORIA Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA
ETIOLOGÍA Y PATOGENIA
PROFILAXIS
LA LUCHA CONTRA EL TRACOMA EN LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES

TESIS ·

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO L. OTHAZ



BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA · IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI

2254 — Córdoba — 2254

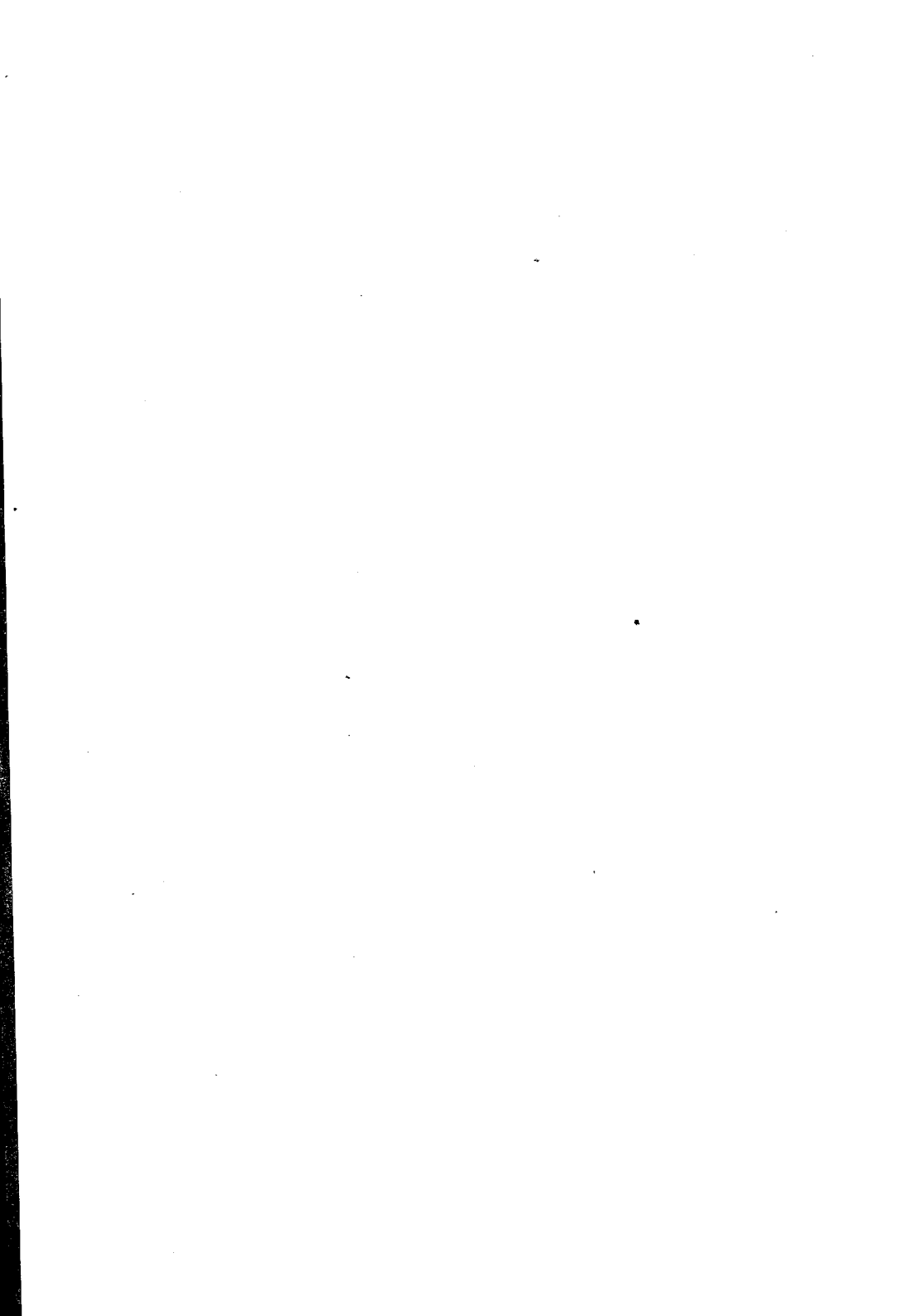
1918



EL TRACOMA

HISTORIA Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA.—ETIOLOGÍA Y PATOGENIA
PROFILAXIS

LA LUCHA CONTRA EL TRACOMA EN LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



Año 1918

N.º 3459

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EL TRACOMA

HISTORIA Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA
ETIOLOGÍA Y PATOGENIA
PROFILAXIS
LA LUCHA CONTRA EL TRACOMA EN LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES

T E S I S

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

ERNESTO L. OTHAZ



BUENOS AIRES

LA SEMANA MÉDICA IMP. DE OBRAS DE E. SPINELLI
2254 — Córdoba — 2254

1918

La Facultad no se hace solidaria de las
opiniones vertidas en las tesis.

(Artículo 162 del R. de la F.)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Vice-Presidente

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS

Miembros titulares

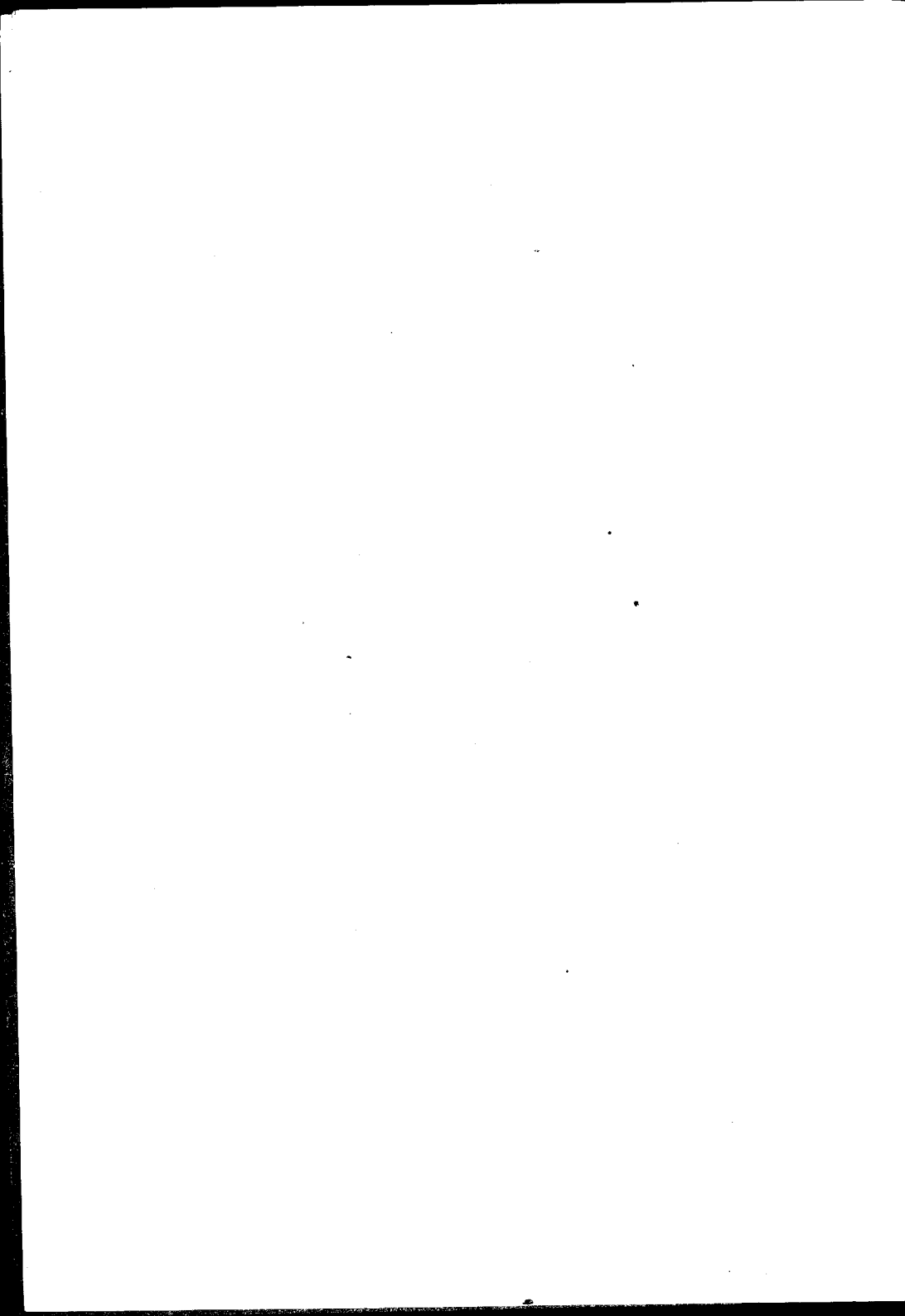
1. DR. D. EUFEMIO UBALLES
2. » » PEDRO N. ARATA
3. » » ROBERTO WERNICKE
4. » » JOSE PENNA
5. » » LUIS GÜEMES
6. » » ELISEO CANTÓN
7. » » ANTONIO C. GANDOLFO
8. » » ENRIQUE BAZTERRICA
9. » » DANIEL J. CRANWELL
10. » » HORACIO G. PIÑERO
11. » » JUAN A. BOERI
12. » » ANGEL GALLARDO
13. » » CARLOS MALBRAN
14. » » M. HERRERA VEGAS
15. » » ANGEL M. CENTENO
16. » » FRANCISCO A. SICARDI
17. » » DIÓGENES DECOUD
18. » » DESIDERIO F. DAVEL
19. » » GREGORIO ARAOZ ALFARO
20. » » DOMINGO CABRED
21. » » ABEL AYERZA
22. » » EDUARDO OBEJERO
23. » » JOSÉ A. ESTEVES
24. » » PEDRO BENEDIT

Secretario general

Vacante

Secretario

DR. D. ANTONIO C. GANDOLFO

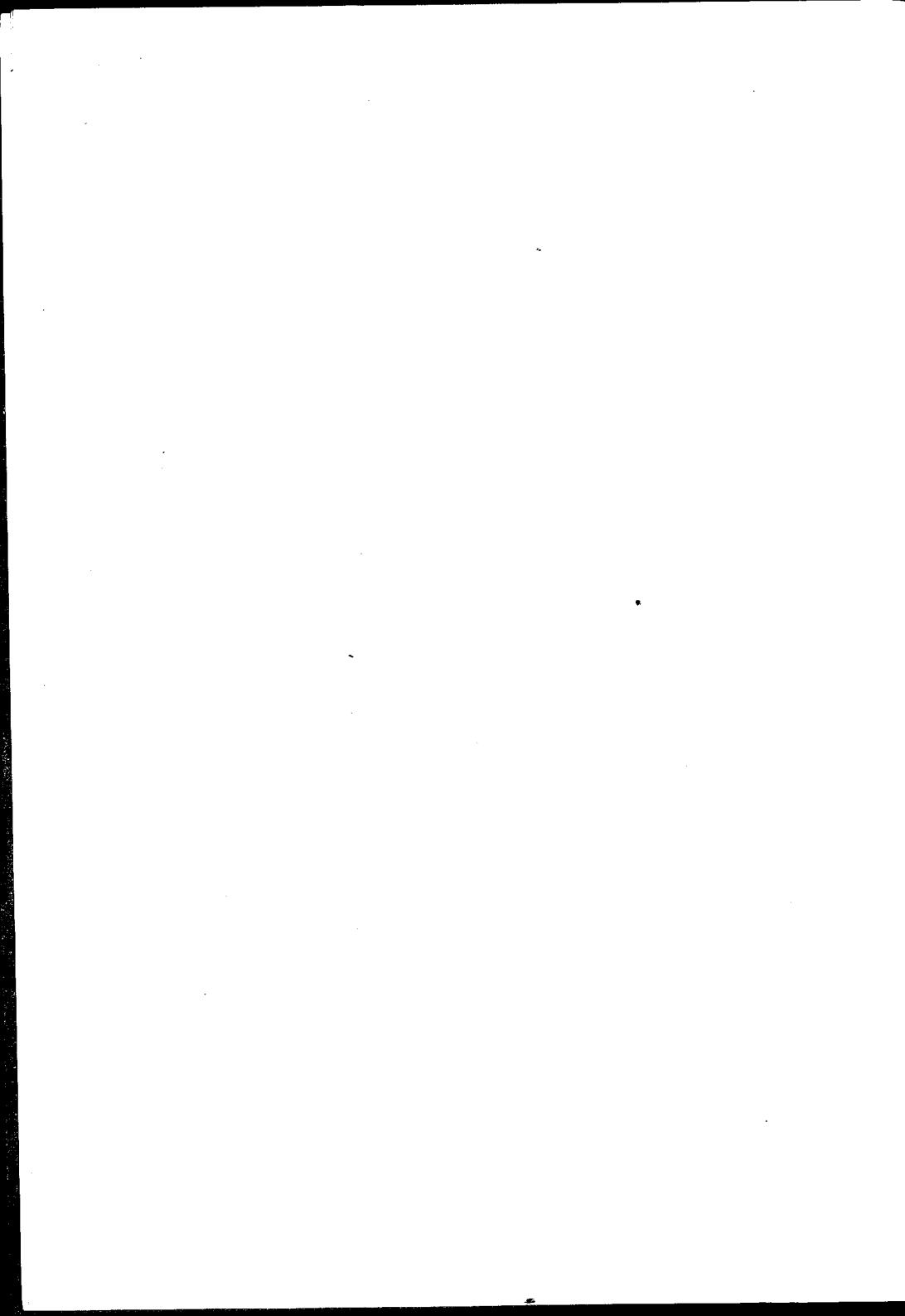


FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACHO SUSINI
2. » » EMILIO R. CONI
3. » » OLHINTO DE MAGALHAES
4. » » FERNANDO WIDAL
5. » » ALOYSIO DE CASTRO
6. » » CARLOS CHAGAS
7. » » MIGUEL DE OLIVEIRA COUETO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONSEJO DIRECTIVO

Decano

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA

Vice-Decano

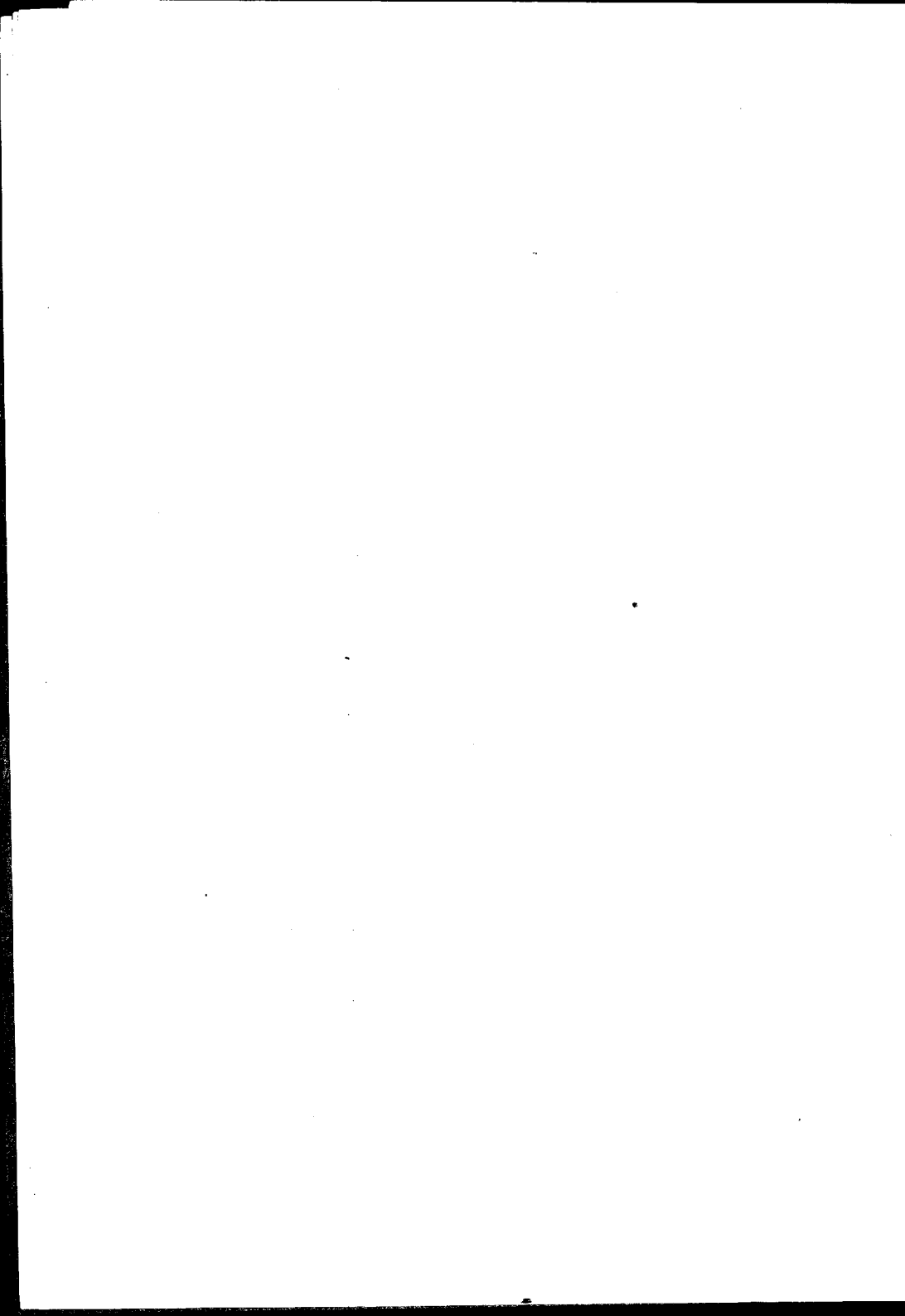
DR. D. DOMINGO CABRED

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

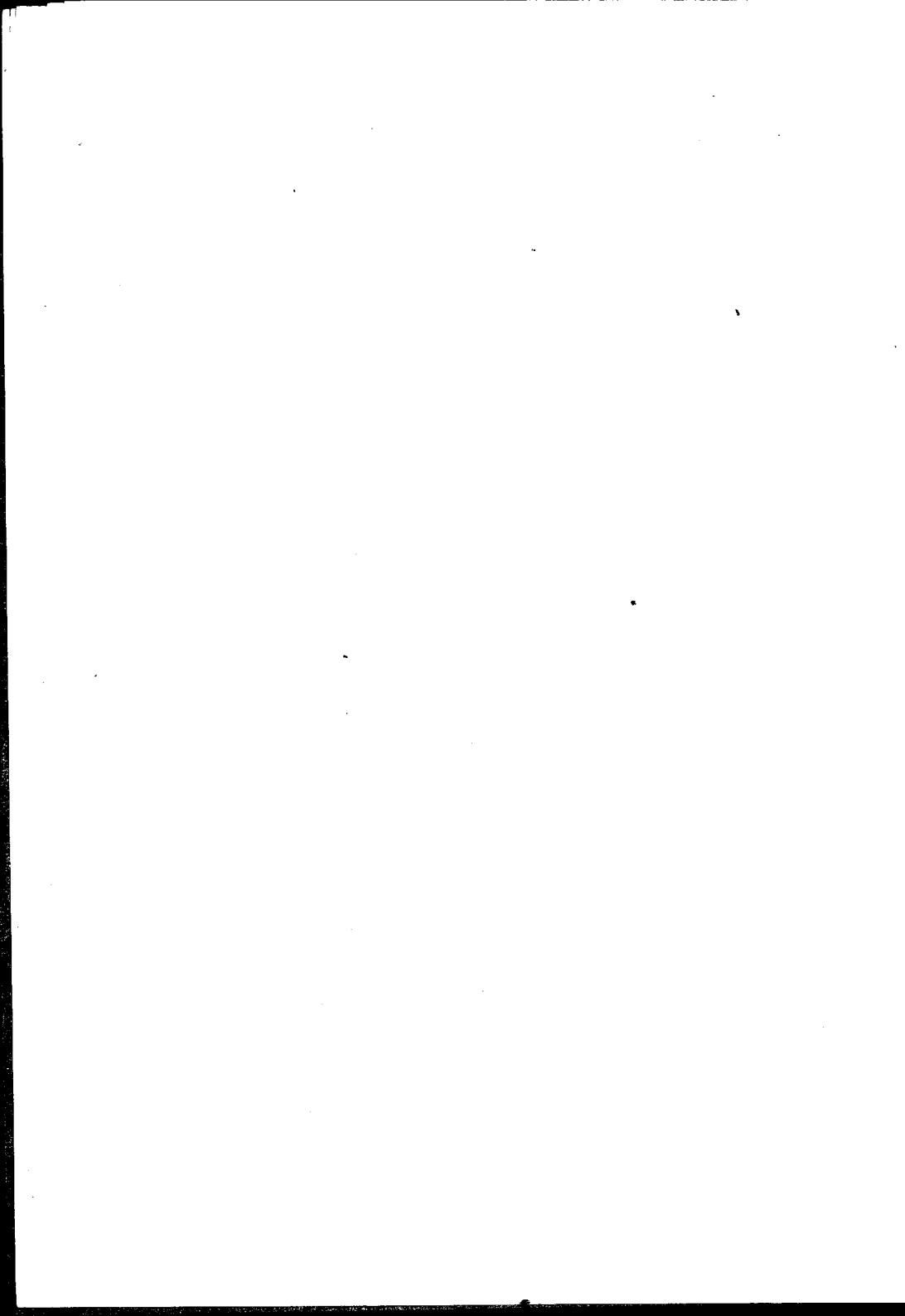
DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA
» » JUAN A. GABASTOU



ESCUELA DE MEDICINA

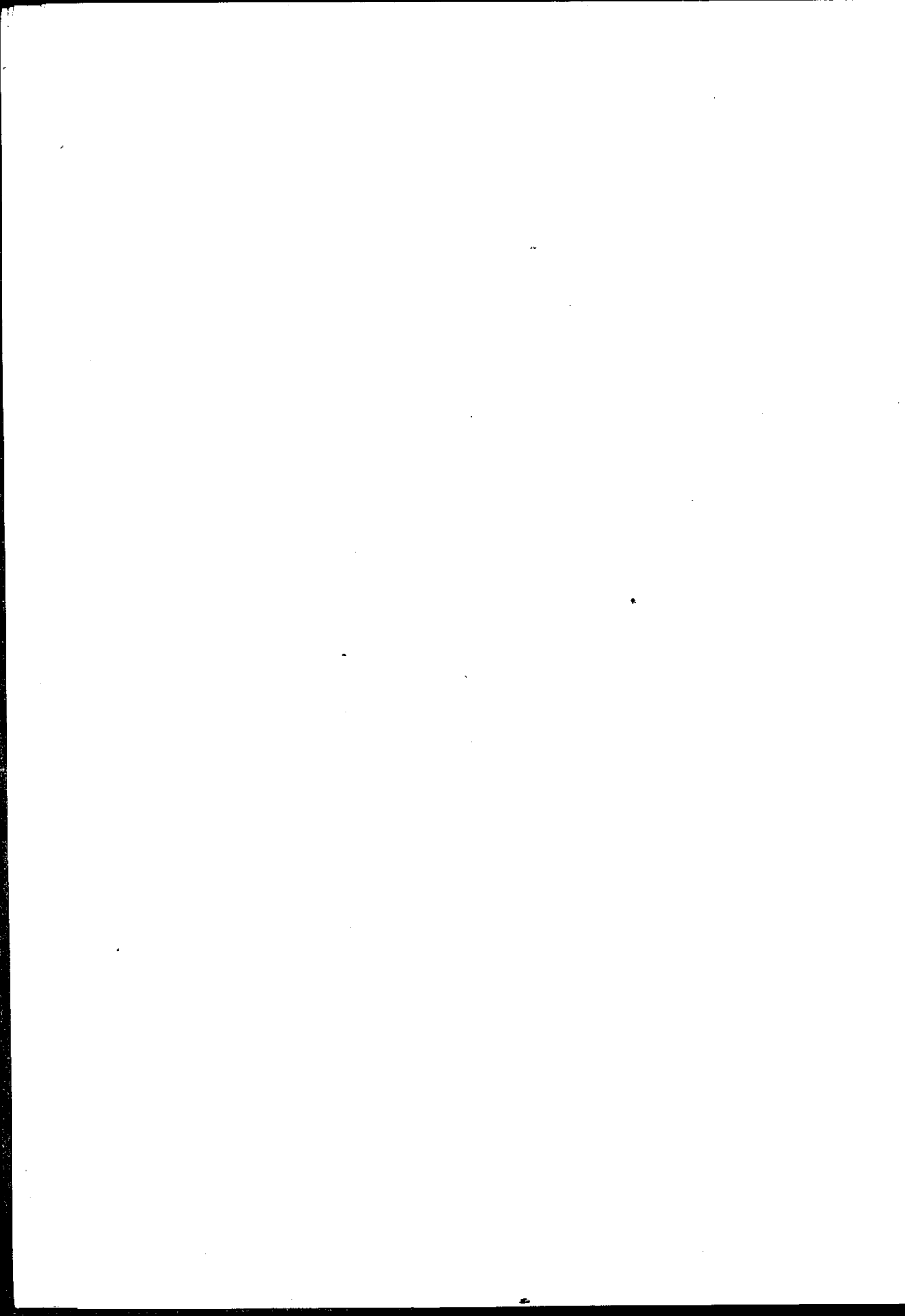
PROFESORES HONORARIOS

- DR. D. ROBERTO WERNICKE
- » JUVENCIO Z. ARCE
- » PEDRO N. ARATA
- » FRANCISCO DE VEYGA
- » ELISEO CANTÓN
- » JUAN A. BOERI
- » FRANCISCO A. SICARDI
- » TELÉMACO SUSINI



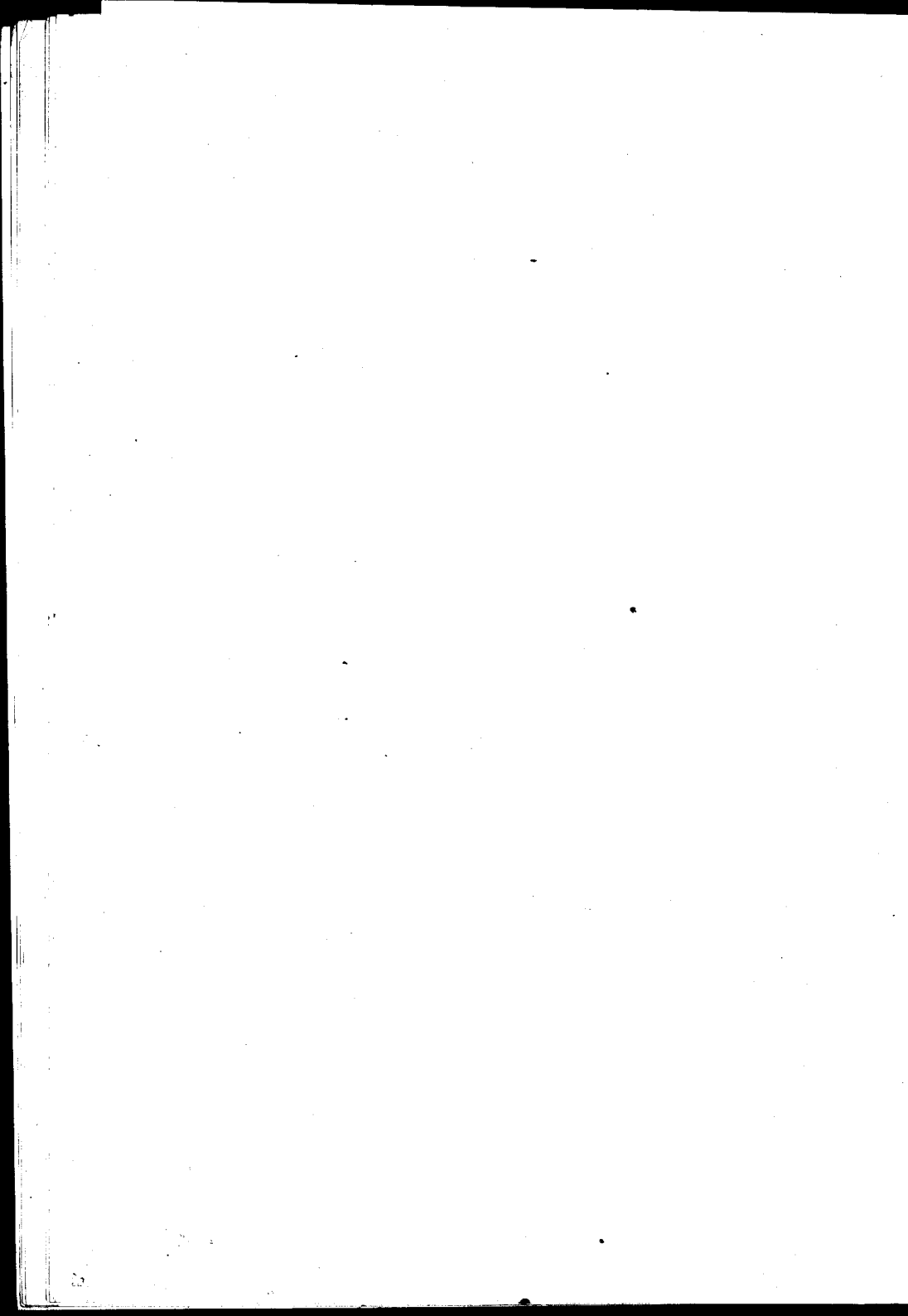
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. D. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURANONA
	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» RICARDO SARMIENTO LASPIUR
	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
	» PEDRO BELOU
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRAN
Química Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semeiología y ejercicios clínicos	» GRÉGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	» AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	(Vacante).
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clinica Dermato-Sifilográfica	(Vacante).
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clinica Epidemiológica	» JOSÉ PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBRERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clinica Oftalmológica	» ENRIQUE B. DEMARÍA
	» 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. GENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clinica Ginecológica	» ENRIQUE BAZTERRICA



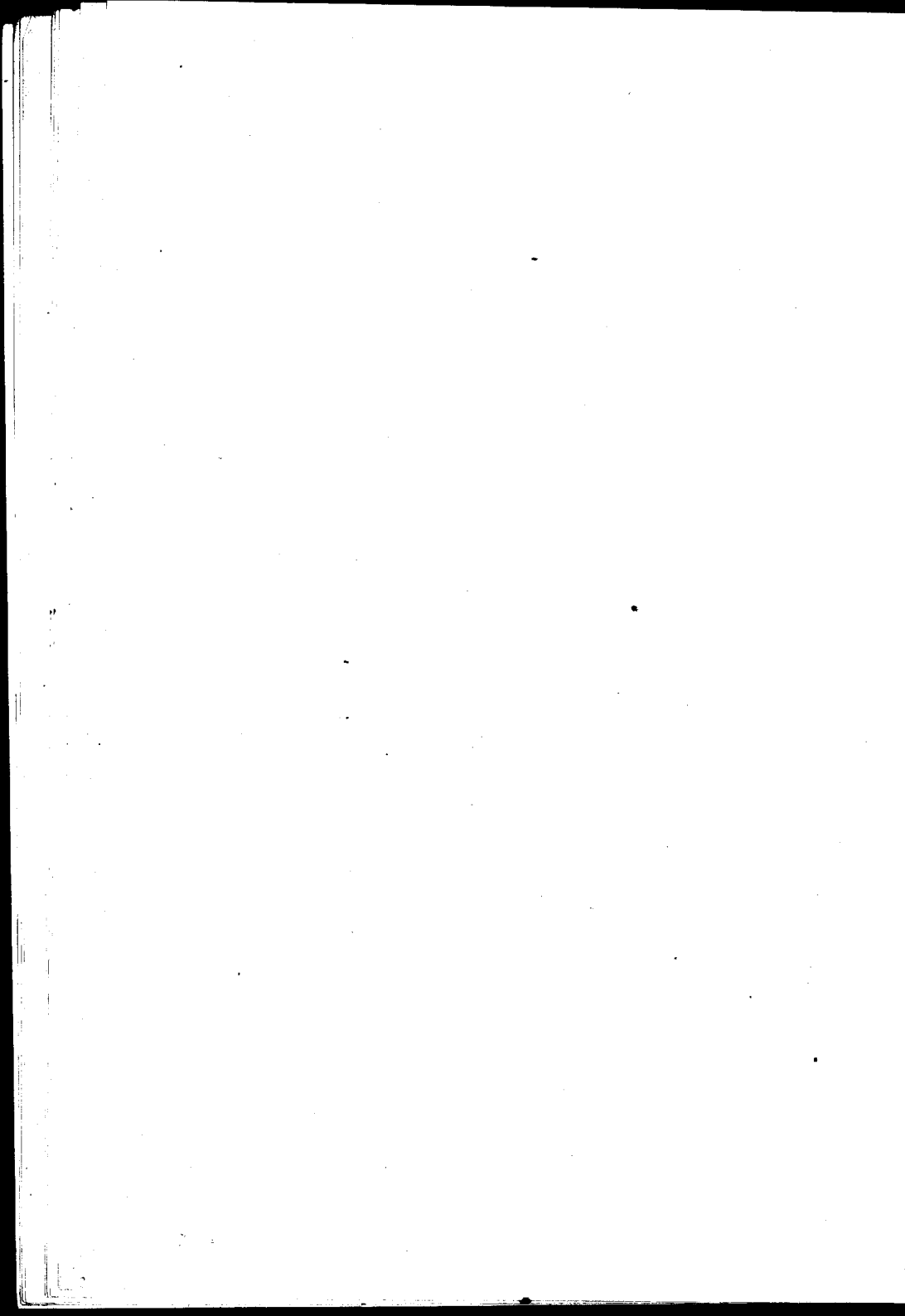
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Botánica Médica.....	DR. D. RODOLFO ENRÍQUEZ
Zoología »	» DANIEL J. GREENWAY
Histología normal.....	» JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica.....	» JUAN JOSÉ GALLANO
Bacteriología.....	» JUAN CARLOS DELFINO
	» LEOPOLDO URIARTE
	» ALOIS BACHMANN
Anatomía Patológica.....	» JOSÉ BADÍA
Higiene Médica	» FELIPE A. JUSTO
Clínica Dermato-Sifilográfica.	» MAXIMILIANO ABERASTURY (en ejercicio).
» Génito-urinaria.....	» BERNARDINO MARAINI
Patología externa	» CARLOS ROBERTSON LAVALLE
» interna.....	» RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica.	» ELISEO V. SEGURA
» Neurológica.....	» JOSÉ R. SEMPRUN
	» MARIANO ALURRALDE
» Pediátrica.....	» ANTONIO F. PEÑERO
	» MANUEL A. SANTAS
	» MAMERTO ACUÑA
» Quirúrgica.....	» FRANCISCO LLOBET
	» MARCELINO HERRERA VEGAS
	» JOSÉ ARCE
» Psiquiátrica.....	» JOSÉ T. BORDA
	» BENJAMÍN T. SOLARI
» Obstétrica.....	» ARTURO ENRÍQUEZ
	» ALBERTO PERALTA RAMOS
» Ginecológica.....	» JOSÉ F. MOLINARI
» Médica.....	» PATRICIO FLEMING



ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología médica.....	DR. D. GUILLERMO SEEBER
Anatomía descriptiva.....	SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana.....	EUGENIO GALLI
Bacteriología.....	JUAN JOSÉ CIRIO
Química Biológica.....	FRANCISCO ROFILLE
Higiene médica.....	FRANK L. SOLER
Semeiología y ejercicios clínicos...	BERNARDO HOSSAY
Anatomía patológica.....	RODOLFO RIVAROLA
Materia médica y terapéutica.....	SALVADOR MAZZA
Medicina operatoria.....	BENJAMIN GALARCE
Patología externa.....	MANUEL V. CARBONELL
Clinica dermato-sifilográfica.....	SANTIAGO M. COSTA
> génito-urinaria.....	CARLOS BONGIUNO UDAONDO
> epidemiológica.....	ALFREDO VITÓN
> oftalmológica.....	PEDRO J. HARDOY
> oto-rino-laringológica.....	JOAQUÍN LLAMBIÁS
Patología interna.....	ANGEL H. ROFFO
Clinica quirúrgica.....	PEDRO ELIZALDE
> neurológica.....	JOSÉ MORENO
> médica.....	PEDRO CASTRO ESCALADA
> pediátrica.....	ENRIQUE FINOCCHIETTO
> ginecológica.....	FRANCISCO P. CASTRO
Medicina legal.....	CASTELFORT LUGONES
Clinica Psiquiátrica.....	ENRIQUE M. OLIVIERI
Génito-urinarias.....	ALEJANDRO CEJALLOS
	NICOLÁS V. GRICO
	PEDRO L. BALIÑA
	JOAQUÍN CERVERA
	JOAQUÍN NIN POSADAS
	FERNANDO R. TORRES
	FRANCISCO DESTÉFANO
	ANTONINO MARCÓ DEL PONT
	DANIEL THAMM
	ADOLFO NOCETI
	RAÚL ARGANARAZ
	JUAN DE LA CRUZ CORREA
	MARTÍN CASTRO ESCALADA
	FELIPE J. BASAVILBASO
	ANTONIO R. ZAMBIRINI
	ENRIQUE FERREIRA
	PEDRO LABAGUI
	LEÓNIDAS JORGE FACIO
	PABLO M. BARLARO
	EDUARDO MARINÓ
	ARMANDO R. MAROTTA
	LUIS A. TAMINI
	MIGUEL SASSINI
	ROBERTO SOLÉ
	PEDRO CEUTRO
	JOSÉ M. JORGE (H.)
	OSCAR COPPELO
	ADOLFO E. LANDIVAR
	JORGE LEVY DIAZ
	ANTONIO E. CELESIA
	TOMÁS B. KENNY
	GUILLERMO VALDES (H.)
	VICENTE DIMITRI
	ROMULO H. CHIAPPORI
	JUAN JOSÉ VITÓN
	PABLO J. MORSALINE
	RAFAEL A. HULLRICH
	TORNACIO IMAZ
	PEDRO ESCUDERO
	MARIANO R. CASTEX
	PEDRO J. GARCÍA
	JOSÉ DESTÉFANO
	JUAN R. GOYENA
	JUAN JACOBO SPANGENBERG
	TULLIO MARTINI
	CÁNDIDO PATIÑO MAYER
	GENARO SISTO
	PEDRO DE ELIZALDE
	FERNANDO SCHWEIZER
	JUAN CARLOS NAVARRO
	JAIMÉ SALVADOR
	TORIBIO PICCARDO
	CARLOS R. CIRIO
	OSVALDO L. BOTTARO
	JULIO IRIBARNE
	CARLOS ALBERTO CASTAÑO
	FAUSTINO J. BRONGÉ
	JUAN R. GONZÁLEZ
	JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	JUAN A. GARASTOU
	ENRIQUE A. BOERO
	JOSÉ A. BERUTTI
	NICANOR PALACIOS COSTA
	VICTORIO MONTEVERDE
	JOAQUÍN V. GNECCO
	JAVIER BRANDAN
	ANTONIO PODESTÁ
	AMABLE TONES
	JOAQUÍN NIN POSADAS



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas

Catedráticos titulares

Primer año:

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

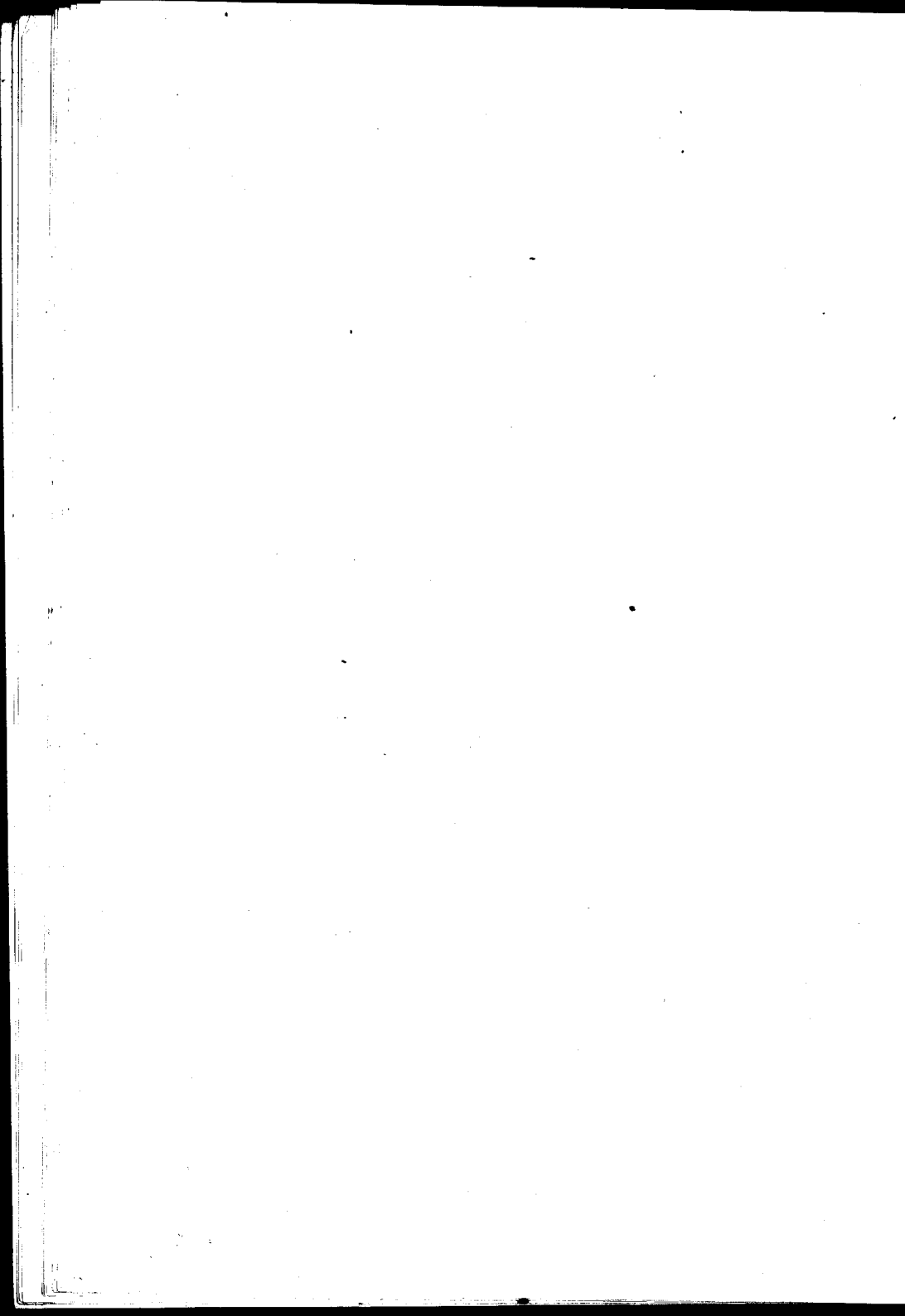
Segundo año:

Parto fisiológico..... » MIGUEL Z. O'FARRELL

Tercer año:

Clínica obstétrica..... » FANOR VELARDE

Puericultura..... » UBALDO FERNANDEZ



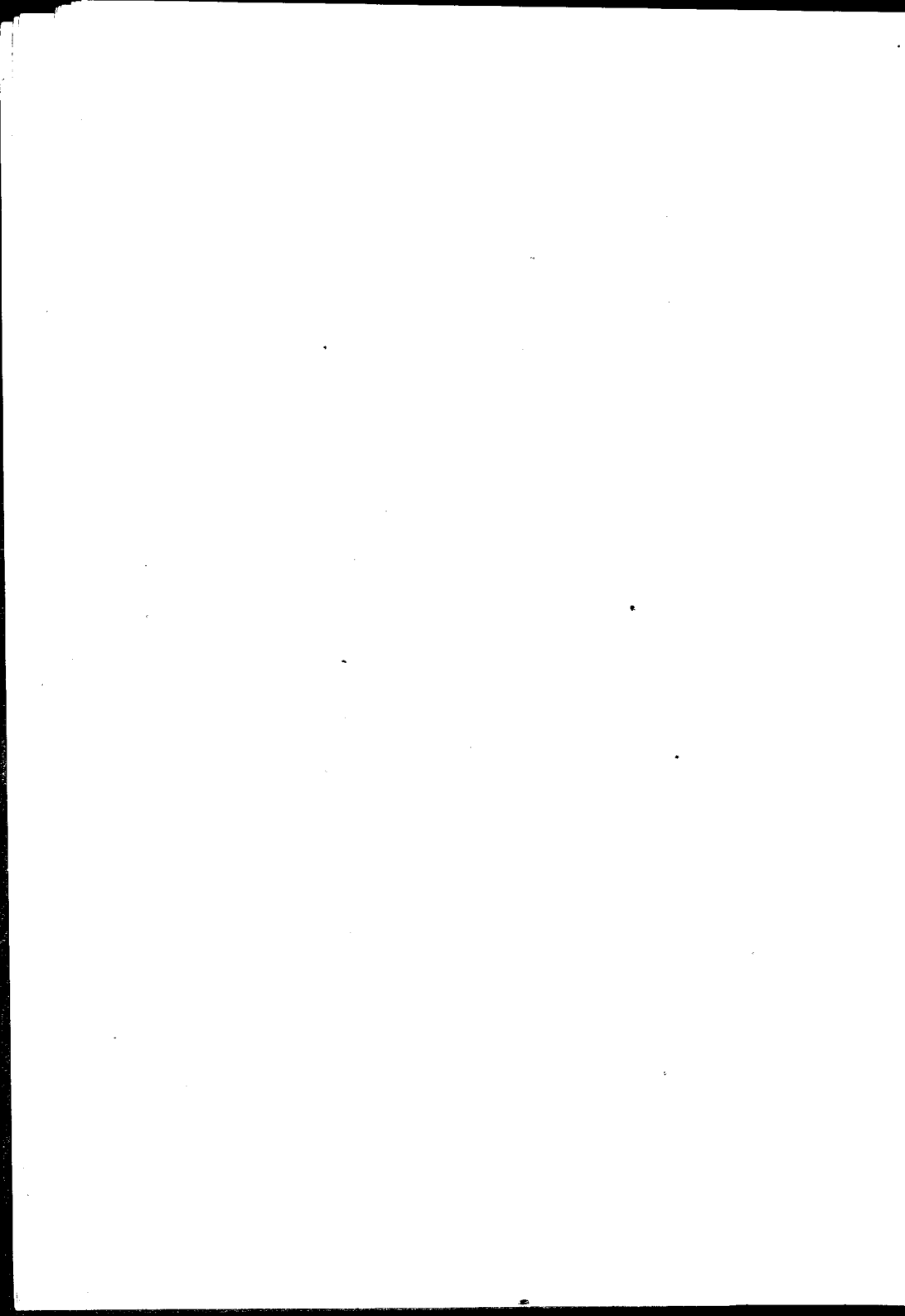
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general. — Anatomía y Fisiología comparadas	DR D. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	» JULIO J. GATTI
Química farmacéut. inorgánica	» MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal	» ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica	(Vacante).
Técnica farmacéutica (primer curso)	» J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación	» RICARDO SCHATZ
Química Analítica general	» FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	SR. D. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (segundo curso)	DR. D. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Zoología general, Anatomía y Fisiología comparadas	DR. D. ANGEL BIANCHI LISCHETTI
Física farmacéutica	» TOMÁS J. RUMÍ
Química farmacéutica inorgánica	» ANGEL SABATINI
Botánica y Micrografía vegetal	» EMILIO M. FLORES
Química farmacéutica orgánica	» ILDEFONSO C. VATTUONE
Técnica farmacéutica	SR. D. PEDRO J. MÉSIGOS
	DR. D. LUIS GUGLIAMELLI
	SR. D. RICARDO ROCCATAGLIATA
	» PASCUAL CORTI
	» CLEOFÉ CROCCO
Química analítica general	DR. D. JUAN A. SÁNCHEZ
Farmacognosia especial	SR. D. OSCAR MIALOCK

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas.	---
Mineralogía y Geología	---
Botánica (segundo curso). Bibliografía, botánica argentina	---
Química analítica aplicada (medicamentos)	DR. D. JUAN A. SÁNCHEZ (suplente en ejercicio).
Química biológica	» PEDRO J. PANDO.
Química analítica aplicada (Bromatología)	---
Física general	---
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN.
Toxicología y Química legal	» JUAN B. SEÑORANS.

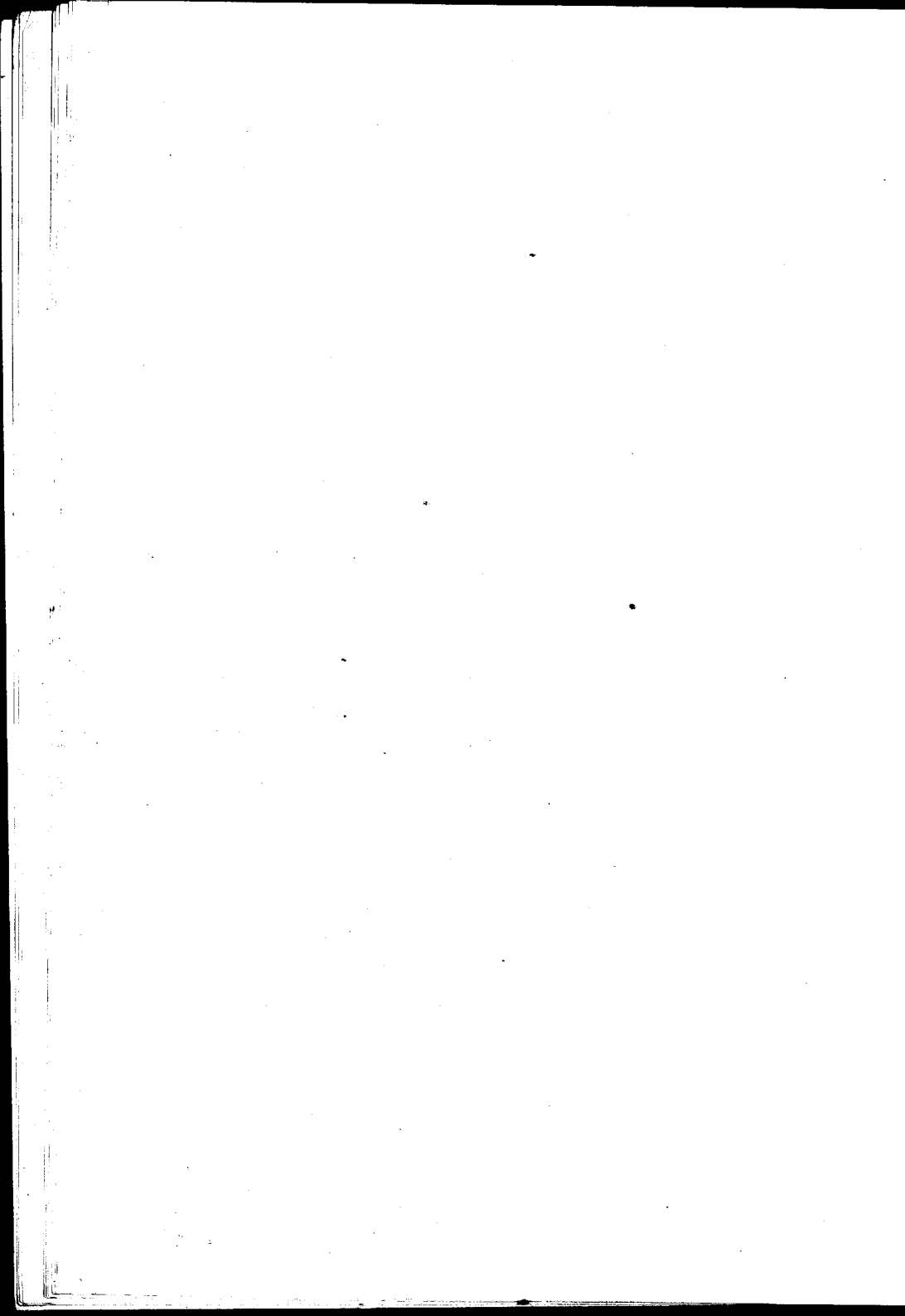


ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1. ^{er} año.....	DR. D. RODOLFO ERAUSQUIN
2. ^o año.....	» » LEON PEREYRA
3. ^{er} año.....	» » N. ETCHEPAREBORDA
Prótesis Dental.....	SR. » ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos sustitutos

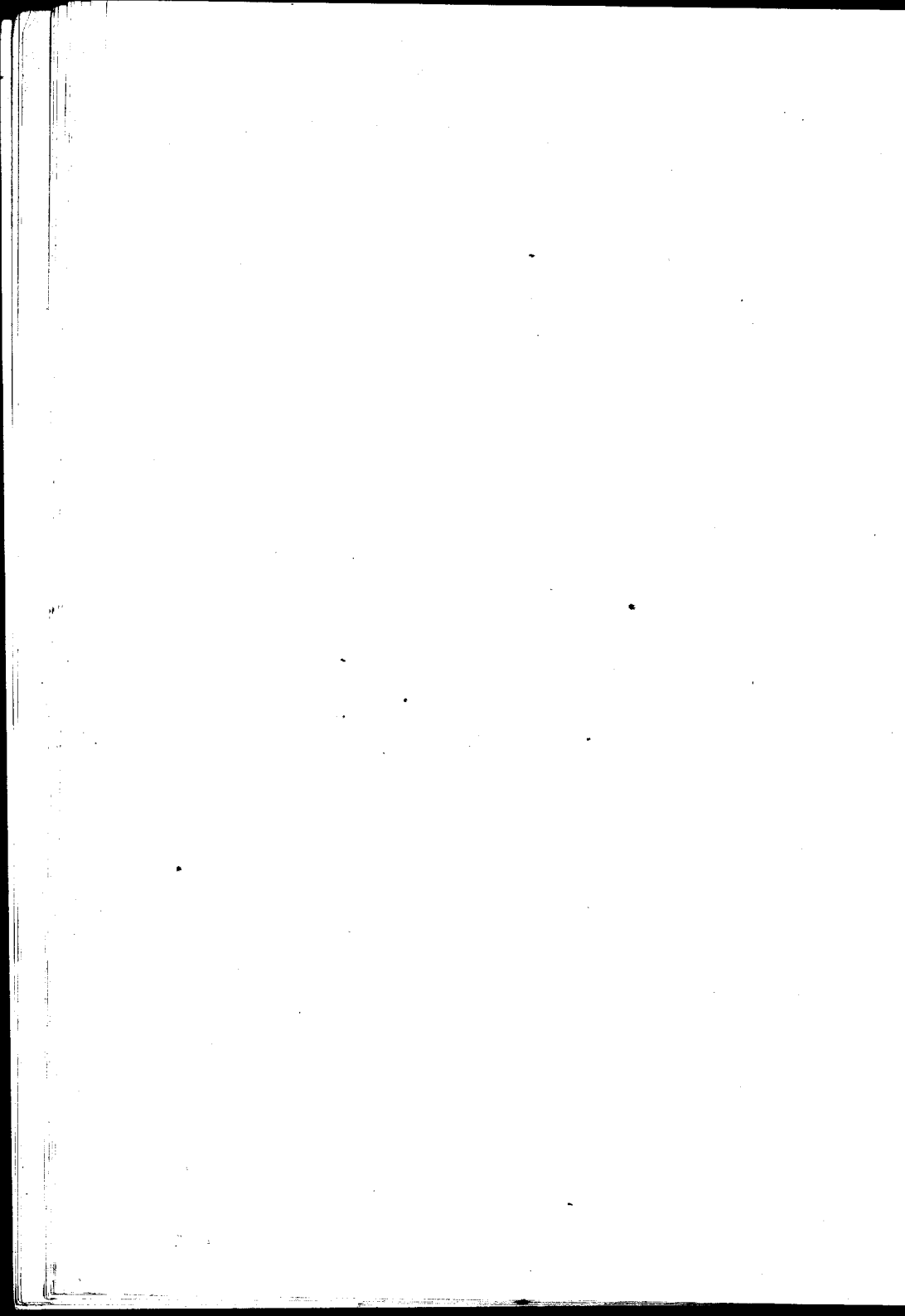
DR. D.	ALEJANDRO CABANNE
» »	TOMÁS S. VARELA (2. ^o año)
SR. »	JUAN U. CARREA (Prótesis)
» »	CORIOLANO BREA (Prótesis)
» »	CIRO DURANTE AVELLANAL (1. ^{er} año)



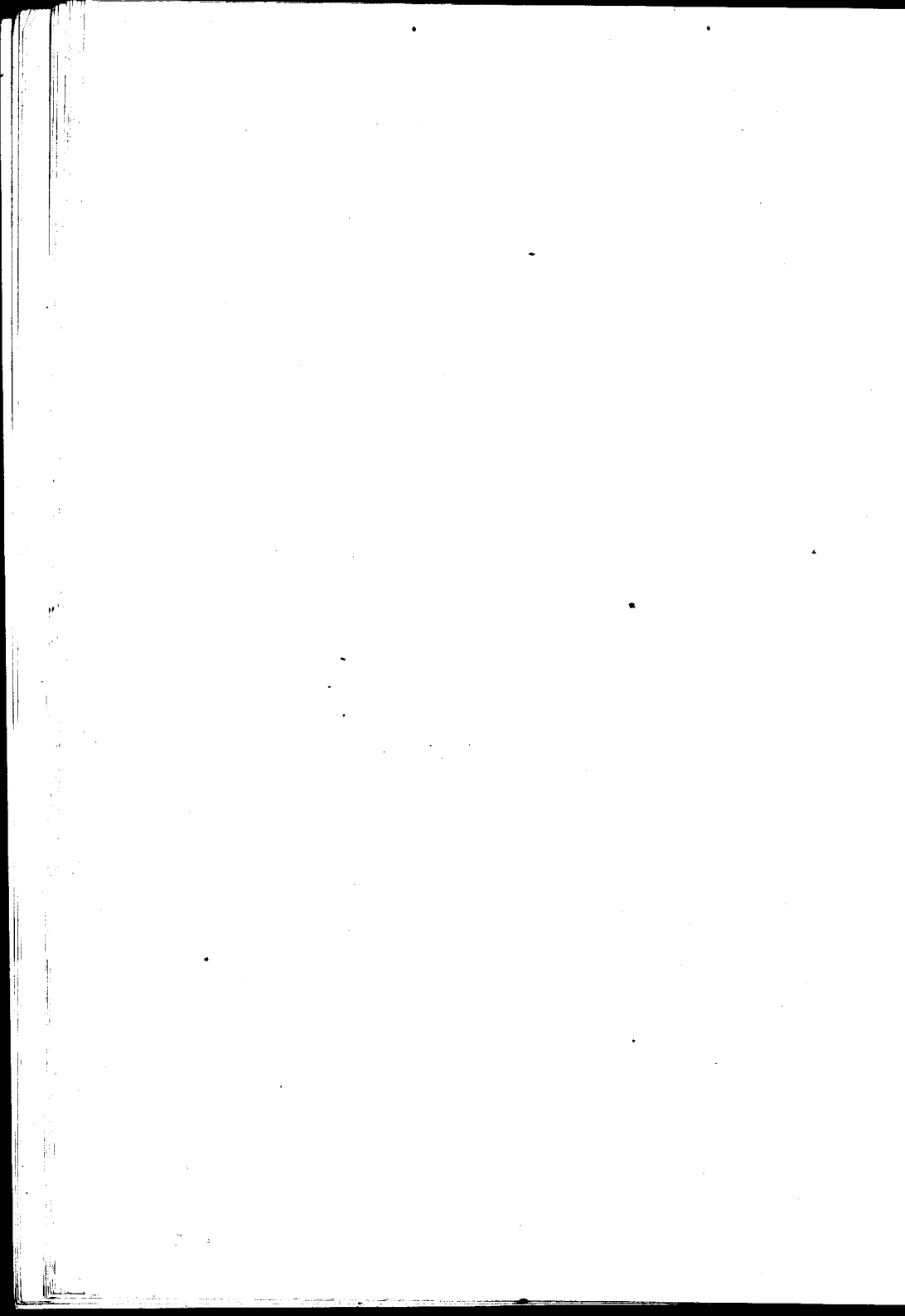
PADRINO DE TESIS

DR. CARLOS S. COMETTO

Director del Hospital de Niños de La Plata
Sub-Director del Cuerpo Médico Escolar de la Provincia de Buenos Aires

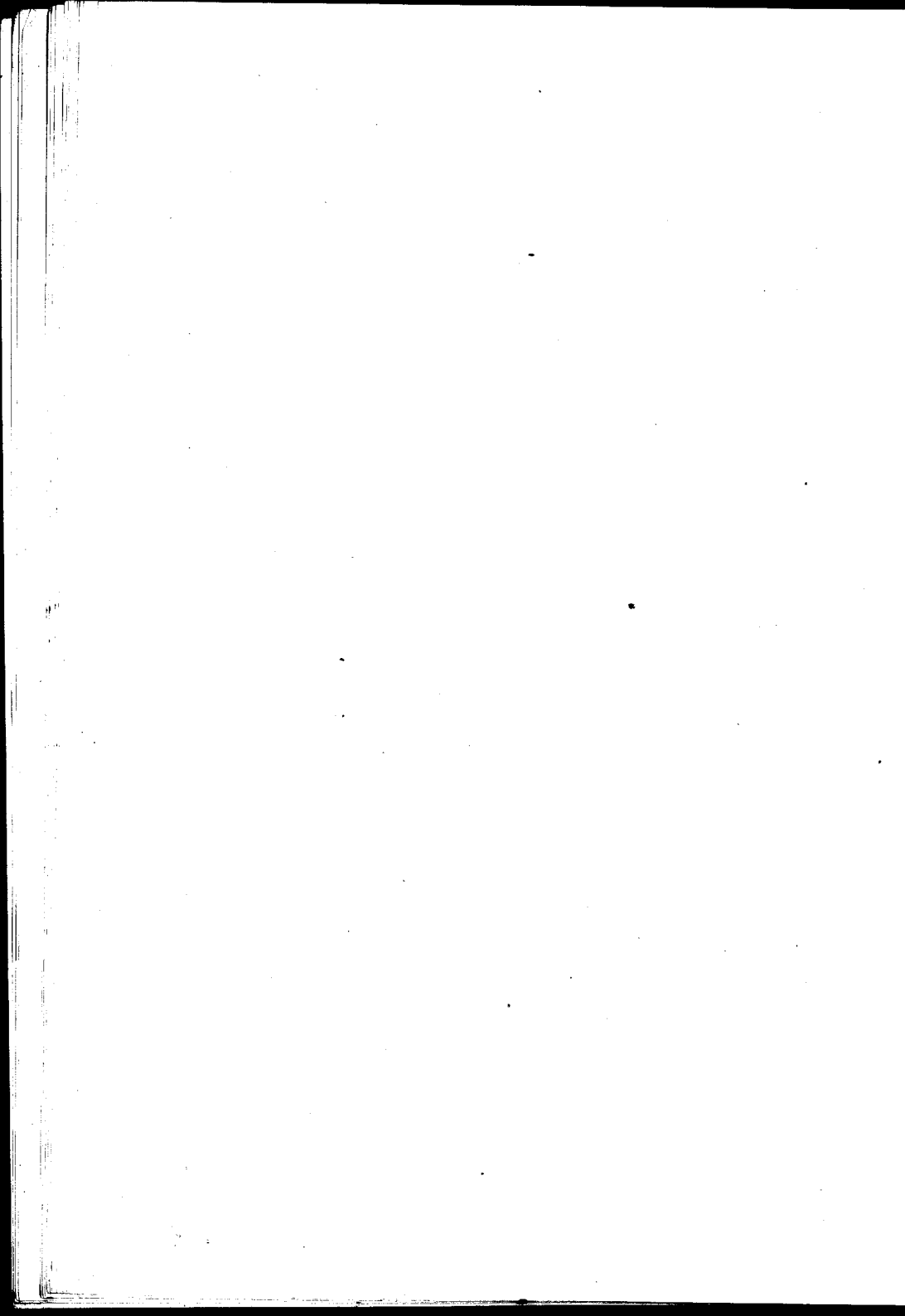


A LA MEMORIA DE MI MADRE Y DE MI HERMANO
GUILLERMO



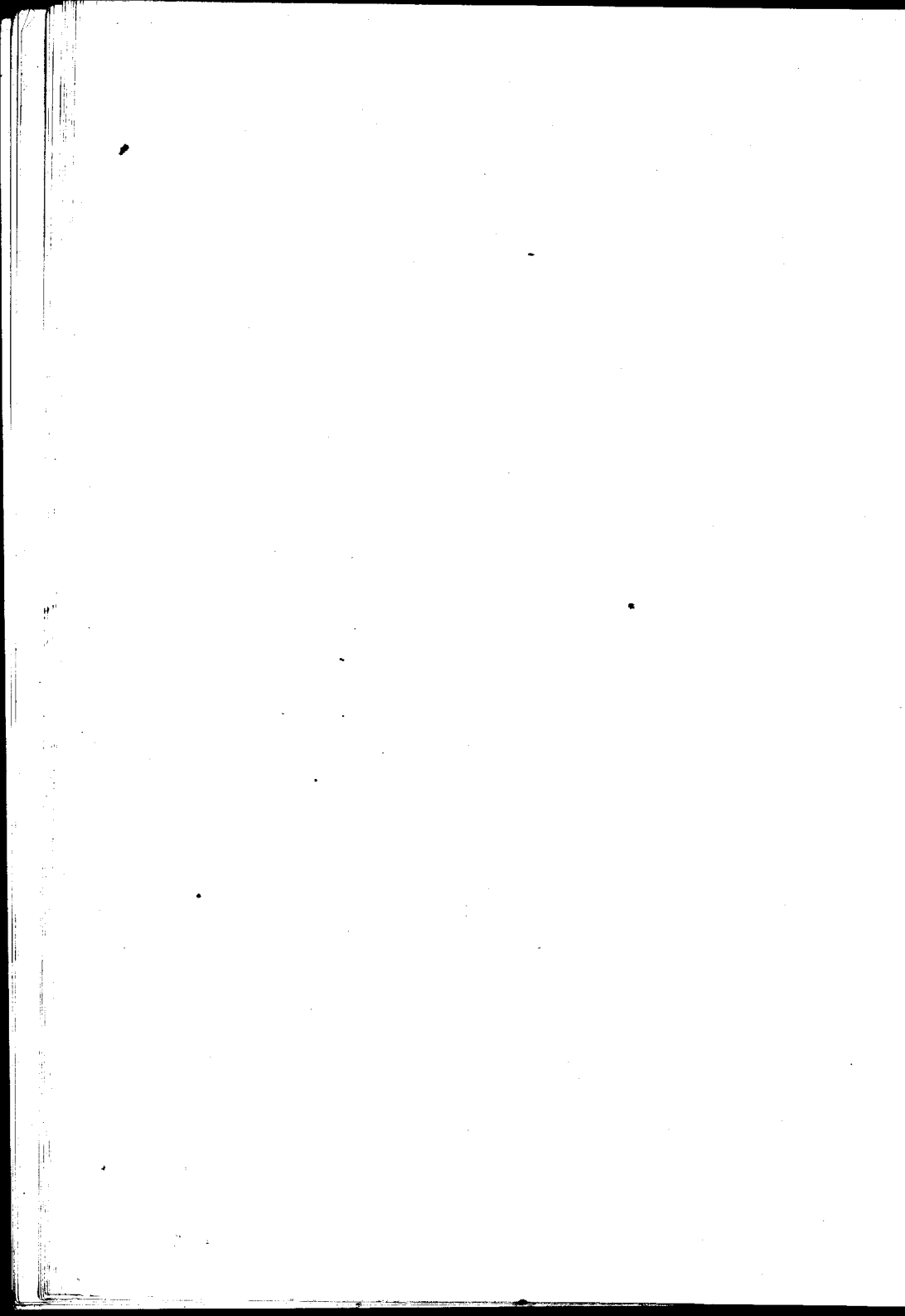
A MI PADRE .

A MIS HERMANOS

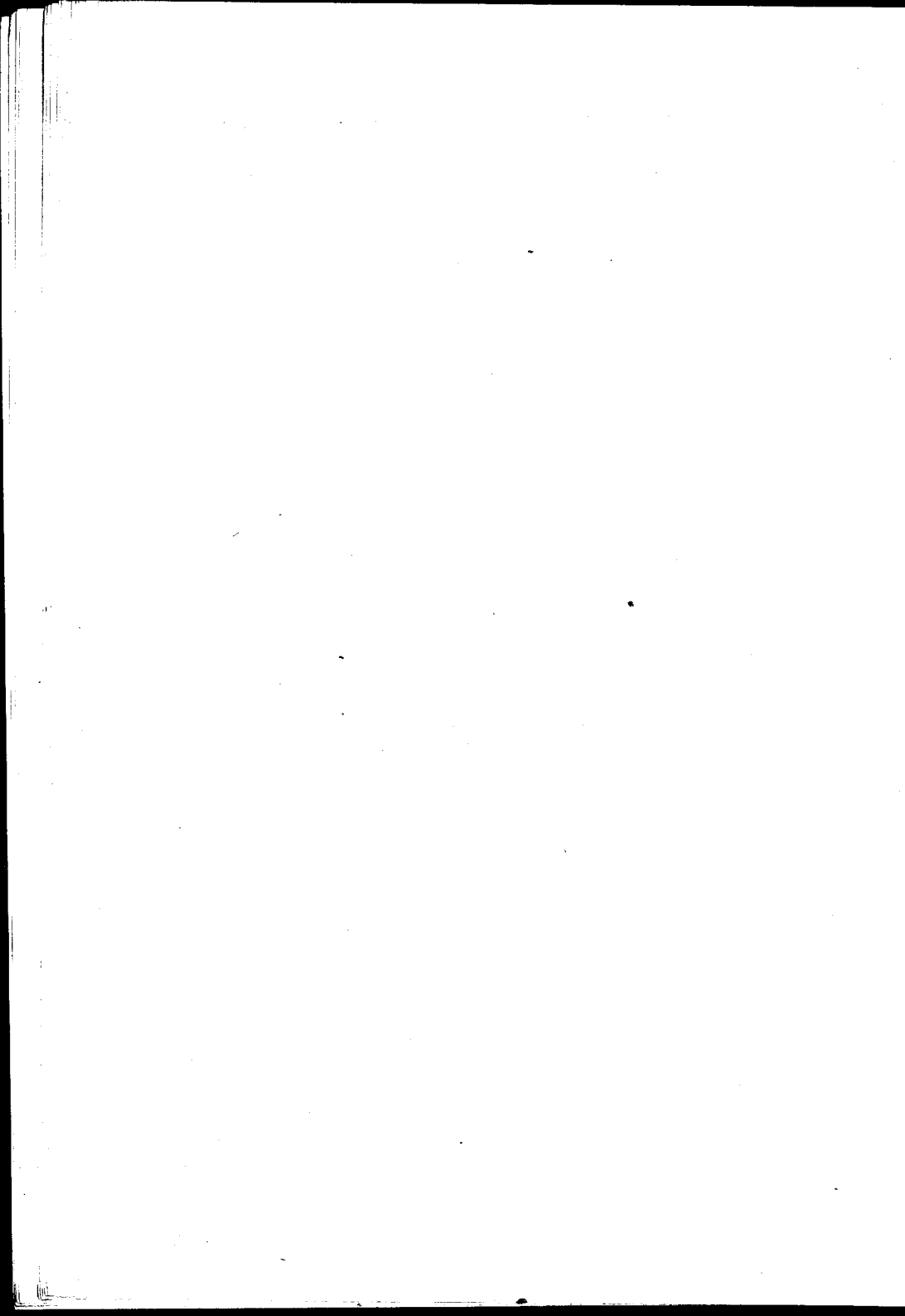


AL DR. DIEGO M. ARGÜELLO

ENCARGADO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUBRIDAD
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
PARA PROYECTAR Y DIRIGIR LA LUCHA CONTRA EL TRACOMA

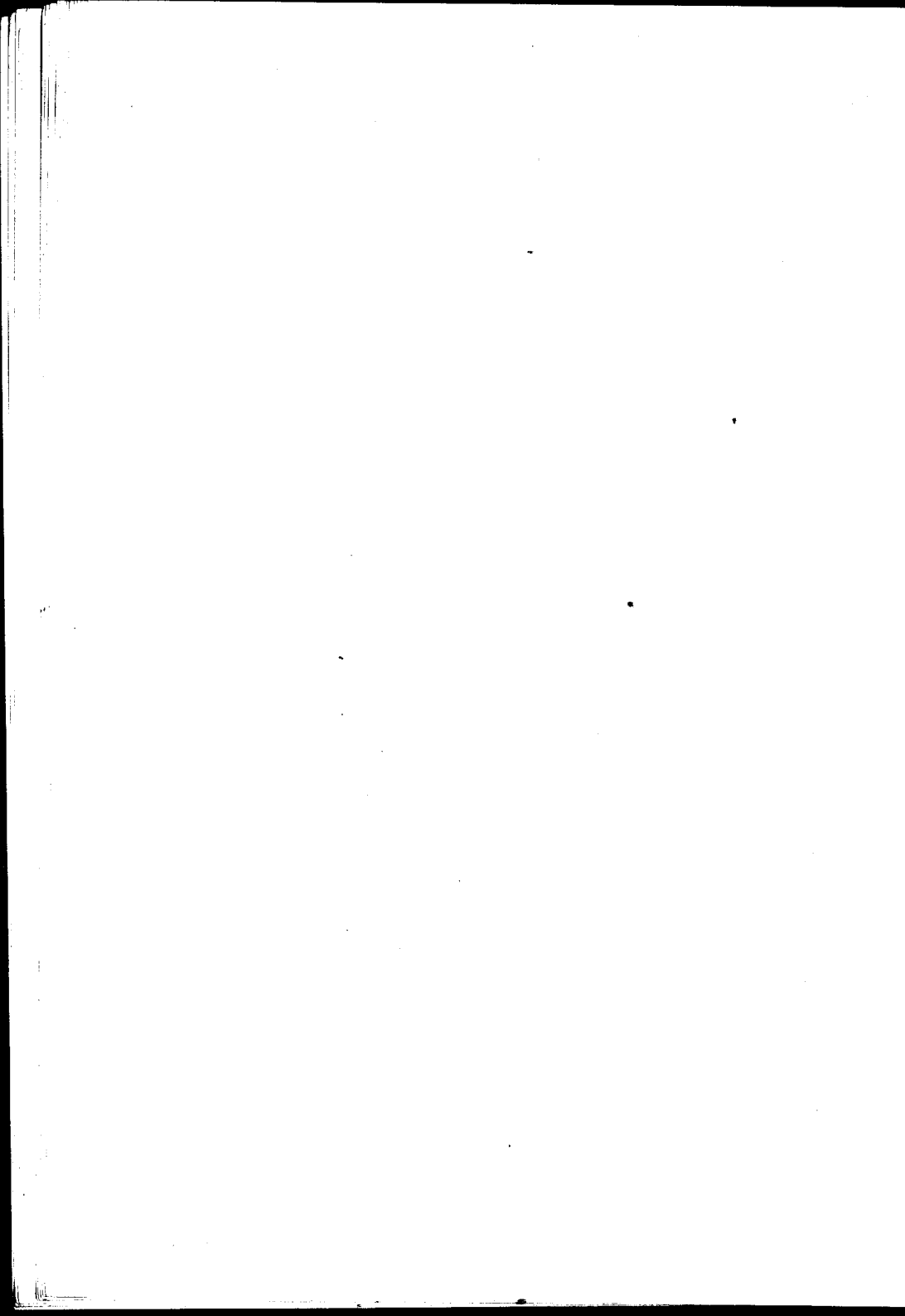


AL SR. ALFREDO J. FORCELLI

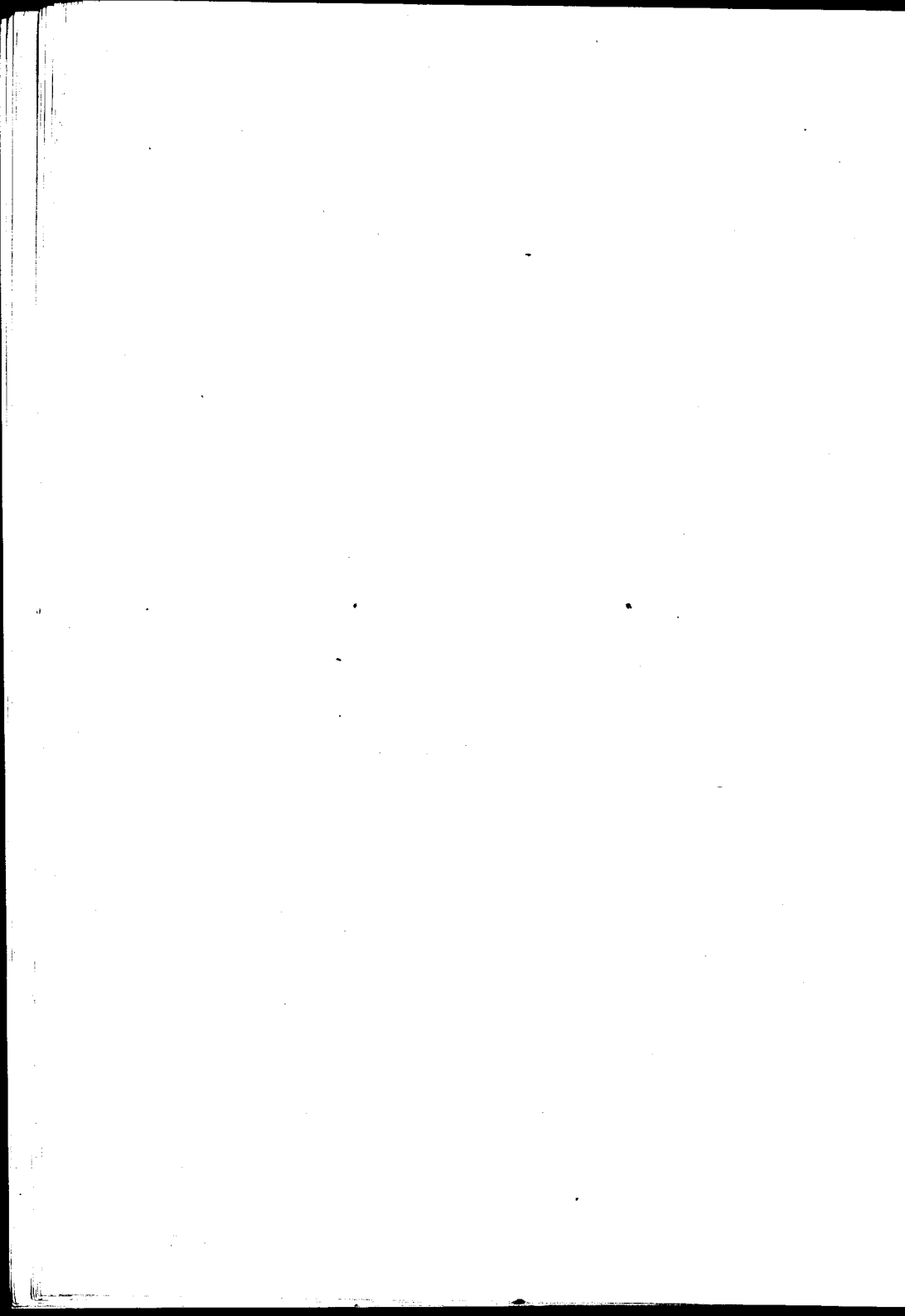


A LOS DOCTORES

PEDRO GROPPPO
VICENTE CENTURIÓN
EMILIO D. CORTELEZZI
ALBERTO M. CAVAZZUTTI
JUAN A. TREVISAN



A MIS AMIGOS



SEÑORES ACADÉMICOS :

SEÑORES CONSEJEROS :

SEÑORES PROFESORES :

Al desarrollar el tema que he elegido a los fines de este último trabajo que los reglamentos de la Facultad me exigen para otorgarme el título a que aspiro, no es mi propósito hacer un completo estudio sobre el tracoma. Solo he deseado, y no se si lo he conseguido, hacer una síntesis bibliográfica de algunos de los capítulos en que se divide el estudio completo de esa enfermedad, para referirme finalmente a lo que interesa tanto al especialista como al médico general: su profilaxia.

Nada más fácil, en nuestro país, que la lucha contra el tracoma.

Sin embargo, como lo comprueban las últimas epidemias habidas en Berisso y en La Plata, el desarrollo de la enfermedad cada día es más grande.

Ha llegado pues la hora de no esperar más, y de se-

guir el ejemplo de las autoridades sanitarias de la Provincia de Buenos Aires, que han resuelto hace año y medio iniciar una enérgica lucha contra la afección.

Antes de comenzar el desarrollo de mi tema he de hacer constar:

Mi agradecimiento, a los señores profesores de la Facultad por tantas sabias enseñanzas de ellos recibidas durante toda la carrera;

Al Dr. Carlos S. Cometto que me dispensa el honor de acompañarme en este acto;

Al Dr. Diego M. Argüello, a quien he tenido necesidad de consultar tantas veces para poder hacer este trabajo;

A los médicos del Hospital de Niños de La Plata, que tanto me enseñaron durante los cuatro años que fui practicante;

Al Dr. Pastor Molla Villanueva, que con toda gentileza me permitió hacer a su lado gran parte de mi práctica de Obstetricia, en la Maternidad de La Plata.

No puedo terminar esta breve introducción, sin hacer también constar mi cariño hacia todos aquellos que han sido mis compañeros en los diversos hospitales a que he asistido como practicante, debiendo agradecer muchos servicios y atenciones a José H. Bassi y Antonio Igartúa del Hospital Fiorito; Dardo Pérez y Carlos Cortelezzi del Hospital de Niños de La Plata; Antonio Moro del servicio de Piel y Sífilis del Hospital Rawson y Nestor Mercader del Sanatorio Policlínico.

HISTORIA Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

La conjuntivitis granulosa o tracoma como más comúnmente se la denomina, es una inflamación crónica de la conjuntiva determinada, por una infección de evolución larga y que por las complicaciones que trae puede llegar a producir sensible disminución de visión y hasta la ceguera.

La afección es conocida desde muy antiguamente: Celso, Galeno e Hipócrates describiéronla; Cicerón la padeció; en los escritos nos refiere sus penas debido a las incomodidades que le causaba el mal.

Con el transcurso del tiempo fué desapareciendo de Europa y solo se la observó nuevamente cuando los ejércitos de Napoleón volvieron a su patria después de terminada la campaña a Egipto. Esos ejércitos que se componían de soldados de distintos países europeos se infectaron en Egipto, donde la enfermedad reinaba endémicamente y cuando de vuelta a su patria fueron licenciados,

la propagaron en casi toda Europa, sobre todo en Francia, Italia, Bélgica e Inglaterra. Así fué como se desarrollaron algunas epidemias de gran importancia. En el ejército inglés dice Fuchs: «en 1818 se observaron más» de 5.000 ciegos debido al tracoma. En el prusiano «20.000 a 25.000 fueron atacados de 1813 a 1817 y en el ruso 76.811 desde 1816 hasta 1839».

En Bélgica el tracoma causó estragos considerables: Junkeer citado por Abadie, dice que desde 1816 hasta 1834, 4.000 soldados perdieron completamente la visión y 1.000 quedaron casi ciegos.

Lo que ocurrió con la llegada de las tropas de Napoleón fué en realidad que se puso más en evidencia la enfermedad, puesto que ella había existido en Europa con carácter endémico. Esa circunstancia hizo que en algunas partes se produjeran verdaderas epidemias.

Ahora bien: lo cierto es que esas epidemias, que muchos creyeron de oftalmía granulosa, no lo eran exclusivamente de esa afección. Las que atacaron a los ejércitos europeos fueron muchas afecciones distintas de la conjuntiva. De modo pues, que cuando los autores nos hablan de «Oftalmías militares» no ha de creerse que solo se trata de enfermos granulosos. Hay que tener en cuenta que en Egipto no solo existe el tracoma sino que también abundan otras inflamaciones conjuntivales determinadas por agentes diversos de los del tracoma; como que también es necesario agregar que pueden sobreña-

dirse diversas infecciones conjuntivales en enfermos tracomatosos.

En su tratado de Oftalmología y al referirse a la afección que me ocupa Axenfeld dice lo siguiente: «la marcha » nera de enfermarse agudamente cuerpos enteros de » ejércitos indica más bien que además de otros catarros » contagiosos se trataba de la blenorragia ocular y del » provocado por el bacilo de Koch y Weeks que en Egipto » son muy frecuentes, aunque por regla general van unidos al tracoma».

El mismo autor hace notar que es frecuente que en Egipto el tracoma se complique con afecciones sobre agregadas purulentas.

Así es como debemos explicarnos las fatales consecuencias que todas esas oftalmías, pudieron determinar en los soldados. En la actualidad, a pesar de que el tracoma no entra en la categoría de las enfermedades benignas pues su larga duración y sus complicaciones hacen que, por el contrario, se le considere entre las malignas, no causa los estragos a que se refieren los autores clásicos y no se observa debido a este mal, el porcentaje de ciegos que en otra época ocasionó, ayudando en la destrucción del ojo y anexos otros procesos de naturaleza distinta, para las cuales hoy felizmente, estamos en mejores condiciones de lucha, no solo para curarlos sino también para prevenirlos.

El tracoma existe en casi todos los países del mundo y en algunos de ellos endémicamente. Por eso los higie-

nistas y oculistas han aconsejado medidas profilácticas a fin de evitar la propagación del mal; y esas medidas sobre las cuales voy a tener oportunidad para referirme, han dado en muchos países de Europa, Africa y América resultados favorables,

La afección se encuentra muy desarrollada en los pueblos mongólicos a tal punto que el 14 % de los enfermos que asisten a las clínicas oftalmológicas del Japón son tracomatosos. En la China hay ciudades como Canton donde a pesar de existir numerosa cantidad de europeos el 70 % de los enfermos de la vista lo son de conjuntivitis granulosa.

En Africa es sobre todo frecuente en Egipto, que puede ser considerado como la patria y cuna del tracoma.

Los médicos que han estudiado el desarrollo de la conjuntivitis granulosa en Egipto están de acuerdo, según las estadísticas que han compilado en que más de un 70 % de los habitantes están atacados. Es necesario tener en cuenta que las medidas que los ingleses han adoptado a fin de disminuir el mal han dado buenos resultados. El Dr. Mohamed Eloui Bey, inspector general de escuelas en Cairo presentó al primer congreso Egipcio que se reunió en Diciembre del año 1902, un interesante estudio sobre la «granulación conjuntival» y en él figura, sobre todo en lo que a las escuelas se refiere, una enorme cantidad de datos para el asunto que trato. Dice Mohamed Bey que así como ha sucedido con otras enfermedades infecciosas, tales como la peste, el cólera, la vi-

ruela, etc., que tantos decesos han causado y que hoy, gracias a la profilaxia contra ellas dirigida día a día ya se ponen menos de manifiesto, así también sucederá con las del dominio de la patología ocular. Dicho médico agrega más adelante: «a la fecha, ya casi no observamos » las formas antes tan graves de las oftalmías purulentas » que desde 1888 parecen haber perdido para nosotros » su frecuencia y malignidad». Las mismas consideraciones hace respecto a las granulaciones conjuntivales haciendo notar que desde hace algún tiempo han experimentado una disminución tan notable en su propagación que no será difícil que de seguirse la profilaxia empezada, aún cuando no desaparezcan, ellas no causarán muy pronto tanto número de enfermos. Para dar una idea del desarrollo del tracoma en Egipto veamos algunas cifras tomadas de Mohamed Bey, que son elocuentes:

«Escuela de Derecho: de 118 alumnos examinados se encontraron 59 granulosos».

«Escuela Politécnica: de 41 alumnos examinados, 14 con tracoma».

«Escuela de Agricultura: de 47 alumnos examinados, 9 tracomatosos».

De otros datos referentes a otras universidades, reunidos a las anteriores resulta que «de 1094 alumnos universitarios examinados, 359 o sea un 32 % estaban atacados de conjuntivitis granulosa.

Esas cifras inducirían a creer que tratándose del Egipto no son elevadas, pero es necesario tener en cuenta que

se trata de exámenes verificados en alumnos de las universidades que pertenecerán sin duda alguna a las clases económicamente consideradas y también por su cultura, más elevadas. Tiene importancia también tener en cuenta que hasta 1902 ya hacían varios años que se luchaba en forma intensa contra el tracoma, de modo pues, que las cifras aún cuando resultan halagadoras en cuanto al resultado de la profilaxia, no lo son si se trata del exponente higiénico y sanitario de un país, en el cual el 32 % de alumnos de las universidades padecen esta afección. Y si me refiero a las clases pobres, se ve que, en el Cairo, de 2.900 alumnos examinados por Mohamed Bey durante el año 1900, 2465, o sea un 85 % eran tracomatosos.

En Argelia, también está bastante extendido el tracoma y en el siglo pasado se desarrollaron epidemias de oftalmías acerca de las cuales algunos creyeron que eran de tracoma, mientras que otros no lo creyeron así. Dice Abadie: «mientras que Furnari, enviado en dos expediciones a Argelia por el gobierno francés, en 1842 y 1859, para estudiar la oftalmía, declara que no ha encontrado granulosos característicos en forma epidémica sino que más bien se trataba de oftalmía catarral purulenta, Cuignet, sostuvo que las oftalmías, eran de granulosos».

No voy a ocuparme de todos los países del mundo acerca de la distribución geográfica del tracoma, porque

si lo hiciese, este capítulo me resultaría demasiado extenso.

En el año 1910 nuestro profesor de Oftalmología Doctor Enrique B. Demaría, presentó una memoria al Departamento Nacional de Higiene y al Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene celebrado en Buenos Aires en el mismo año; y en esa memoria, en la cual su autor trata extensamente y con gran cantidad de estadísticas que consultan toda la bibliografía, además de la distribución geográfica del tracoma, su etiología, anatomía patológica, así como también el desarrollo de la enfermedad entre nosotros y su profilaxia, se encuentra lo que me ha de facilitar mucho mi tarea, una preciosa fuente de información que tendré que consultar muchas veces para poder llevar a buen término este trabajo.

Es así el primero que se ha ocupado entre nosotros de este asunto y llamado la atención de las autoridades sobre tan grave problema médico y social.

Voy a referirme a continuación a algunos países de Europa que han sido muy atacados por la afección, sobre todo después de la campaña de Egipto. Esas guerras de conquista que le sirvieron a Europa para aumentar su poderío económico, la perjudicaron en el sentido de la salud y del bienestar de sus habitantes que sin duda alguna no se habrían enfermado en la proporción que se verá, si no hubiera mediado una circunstancia a la cual ya me he referido: el licenciamiento de los soldados que se habían infectado en Egipto.

Me ocuparé de los países que tienen más relación con el nuestro, sobre todo porqué de ellos hemos recibido la mayor parte de nuestra inmigración. Y he de anticipar que por lo que se refiere a la transmisión del tracoma a nosotros, los inmigrantes han desempeñado con respecto a nuestro país el mismo papel que los soldados licenciados de vuelta del Egipto a Europa.

Al referirse a Inglaterra y comentando un informe de Boldt dice el Dr. Demaría, que debido a las excelentes condiciones sanitarias e higiénicas de ese país, la enfermedad casi ha desaparecido.

Respecto a Italia el Dr. Demaría, citando estadísticas anteriores a 1910 — época en que presentó su trabajo— hace notar que en Florencia, Trombeta en el año 1870 encontró un 11.75 % de enfermos y en 1900—época en que ya se hacía desde años atrás profilaxia— solo un 1.85 %. Según la estadística que Baslini compiló en 1906, el 12.56 % de los consultantes por enfermedades de los ojos, eran tracomatosos en Lombardía.

En una interesantísima obra de Higiene escrita por varios eminentes médicos italianos bajo la dirección de Celli que he tenido ocasión de consultar, se hace notar que la afección es sumamente difundida en Italia y que en algunas provincias el número de tracomatosos ha aumentado. De 4.194, 419 soldados de mar y tierra examinados en el decenio de 1894 a 1903 se ha deducido que el tracoma es más extendido en las provincias de Cerdeña y Sicilia.

Sin embargo en la actualidad se puede asegurar que en Italia, donde la profilaxia, como se verá oportunamente, se ha hecho en forma extensiva, aún cuando el número de tracomatosis es alto, ha tenido un descenso considerable. En una obra nueva, puesto que es de 1914, titulada «L'igiene della scuola e dello scolaro» su autor el Dr. M. Ragazzi, dice: «La distribución del tracoma es grandísima, especialmente en la Italia meridional e insular» y refiriéndose a las escuelas trae algunas estadísticas acerca del resultado de exámenes practicados a los alumnos. En 1901 de 3.409 alumnos examinados en Palermo el 14 % resultaron tracomatosis; de 18.270 que Cerseto-examinó en 1904 en Génova el 6.33 % resultaron con la misma afección; en Spezia en el año 1908 Capellini examinó 2.953 alumnos, encontrando un porcentaje de 7.74 % atacados de conjuntivitis granulosa; en 1910 Leone examinó en Siracusa 27.810 alumnos, de los cuales el 10.8 % estaban también atacados; y en el año 1912 en Livorno de 8.000 alumnos se encontraron 560 enfermos o sea el 7 % según Daddi. En las escuelas de Bari, y entre los alumnos de las clases más pobres, Di Santo halló hasta un 33.33 %. Si se tiene en cuenta lo que dije anteriormente con respecto a la profilaxia que se hace desde mucho tiempo en Italia, fácil es deducir como serían 30 años atrás las estadísticas escolares, si en todas las capitales, no hace sino 5 años, los alumnos de las escuelas dan un porcentaje de más del 7 % con tracoma.

La conjuntivitis granulosa está también extendida en España. En el Norte—San Sebastián, Bilbao—la población está ligeramente atacada; en el centro—Madrid—la enfermedad abunda más; y en Barcelona y Valencia los habitantes son más atacados.

La enfermedad existe así mismo y endémicamente, en Rusia, Hungría, Turquía, Grecia y Arabia, así como en otros países que tienen con el nuestro un intercambio menor. Más adelante tendré oportunidad de demostrar con estadísticas la gran cantidad de tracomatosis turcos, árabes, griegos y rusos que durante estos últimos años han llegado a nuestro país difundiendo entre nosotros la enfermedad.

El tracoma existe en Cuba, pero no en una forma alarmante. Véanse algunos de los porcentajes que en sus enfermos de la vista han obtenido distintos médicos en distintas épocas: Santos Fernández, 1882-1888, 1.27 %; López, 1888-1889, 3.50 %; Santos Fernández, 1889-1903 3.25 %; Finlay, 1903, 8 %; F. Fernández, 1907, 10.15 %; Ferrer, 1912, 3.50 %; Penichet, 1911, 15.25 %; Ferrer, 1912, 3.50 %; Penichet, 1915, 4 %.

Los inmigrantes se encargaron de llevar a los Estados Unidos de Norte América al igual que en Cuba, el tracoma, que cundió en tal forma, que en algunos estados, como el de Illinois, se registraron 65 atacados por cada 1000 enfermos de la vista. En algunas escuelas de New York frecuentadas por niños de las clases pobres se han encontrado tracomatosis en la proporción de un 3 %.

Respecto a México el Dr. Otto Wernicke que se dirigió por carta al Dr. M. Uribe Troncoso, obtuvo de éste los siguientes datos: «El tracoma en México es muy escaso; « en mis estadísticas figuran en la proporción de 2 % del total de las enfermedades de la vista».

En Bolivia es muy raro. El Dr. Obarrio le escribió al Dr. Wernicke diciéndole que en el Ecuador solo había visto dos casos.

La afección se ha desarrollado bastante en el Brasil, principalmente en los estados de Río Grande del Sur y San Pablo. En la tesis del Dr. A. Godofredo de Miranda figura una estadística sobre el tracoma en Río Grande del Sur, según la cual de 2.326 consultantes por enfermedades de los ojos se encuentran 155 tracomatosos lo que equivale a una proporción de 6 %. De los 155 enfermos la mayoría son nativos: 62 de origen germánico y 8 de origen italiano, los restantes enfermos nativos y de origen brasilero serían 35, de los cuales 32 blancos, 2 mulatos, 1 indio; los enfermos extranjeros se distribuirían así. 26 italianos, 11 alemanes, 6 rusos, 9 árabes, 3 polacos, 5 de otras nacionalidades. No abundan las estadísticas respecto al Brasil magüer lo cual es un país de bastantes enfermos.

El Dr. Wernicke ha hecho la siguiente observación: examinando 2.740 inmigrantes que no han estado en el Brasil antes de llegar a nuestro país, 61 o sea 22.2 ‰, eran granulosos, mientras que, de 304 que antes de llegar a la Argentina habían permanecido en el Brasil 69,

o sea el 226 ‰, tenían tracoma y comentando el hecho dice: «quiere decir que los que vienen del Brasil, son diez » veces más peligrosos para nosotros que los que provienen directamente de Europa».

La enfermedad también existe en la República Oriental del Uruguay. El Dr. Demichieri, de Montevideo, dijo, en la misma sesión que el Dr. Otto Wernicke presentó su trabajo al 2.º Congreso Latino-Americano, que en Montevideo la proporción de tracomatosis sería análoga a la de Buenos Aires: de un 10 a 15 ‰ entre los consultantes por enfermedades de la vista. Una inspección ocular practicada por el Dr. Antonio S. Viana en las escuelas de Montevideo dió el siguiente resultado: de 3.661 niños, el 0.16 ‰ padecían conjuntivitis granulosa; como se vé la proporción es bastante baja.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El agente patógeno específico de la conjuntivitis granulosa, a pesar de todo el interés que han puesto los bacteriólogos y médicos en hallarlo, no ha podido aún ser descubierto.

La enfermedad estudiada desde muy antiguamente es considerada infecto-contagiosa. Nadie discute hoy en día, el concepto de infecciosidad y contagiosidad del tracoma; por el contrario, reina gran entusiasmo para encontrar el agente específico; y en estos últimos diez años las tentativas hechas en tal sentido se han multiplicado y parecería que con la ayuda del método experimental no está lejano el día que se resuelva lo que hoy por hoy constituye un problema.

Trataré de referirme en este capítulo al estado actual de la etio-patogenia del tracoma, pasando por alto, o solo enumerando sintéticamente las teorías que algunos investigadores han emitido sobre el punto.

Las investigaciones bacteriológicas hechas han comprobado en el saco conjuntival normal una infinidad de microorganismos. Algunos de estos son inofensivos (no patógenos); otros, aunque patógenos pueden encontrarse en la conjuntiva sin determinar ninguna reacción.

La abundancia de gérmenes patógenos y no patógenos que pueden existir en la conjuntiva sana o enferma, ha hecho difícil la investigación del agente causal del tracoma y como se verá muchos microorganismos han sido tomados como tales.

Sattler, Koch, Andrews, Poncet, Desarmes, Michel y Petresco dirigieron al principio de un modo especial su atención a los cocos y micrococos.

Por lo que a los cocos se refiere, el Dr. Demaria en el trabajo suyo que ya he tenido oportunidad de citar, dice: «Sattler describió un coco muy pequeño, agrupado de a dos (lo que le hacía semejante al gonococo, pero más pequeño y redondeado) o de a cuatro, y que se cultivaba fácilmente sobre distintos medios nutritivos. Inoculados sus cultivos en la conjuntiva de los animales (ovejas, vacunos, etc.), nada obtuvo, pero pudo en cambio determinar una conjuntivitis granulosa por inoculación a una niña. Creyó así haber llenado los postulados de Koch: encontrar el coco en la secreción de los granulosos, y haberlo visto en los cortes de mucosa granulosa, lo que también hizo; cultivarlo y producir experimentalmente con los cultivos el tracoma».

Leber y Michel llegaron en sus investigaciones a aná-

logos resultados; y Poncet estudiando microscópicamente en cortes encontró también un micrococo.

El bacilo de Koch-Weeks, agente productor de la conjuntivitis catarral aguda fué considerado, en un principio como causante del tracoma. Pronto se demostró el error, pues si bien ese bacilo puede encontrarse en tracomatosos es a título de agregado, como sucede con otros cocos, habituales en los estados inflamatorios crónicos de la conjuntiva. Por otra parte hay casos y al respecto ya hice antes algunas referencias, en sujetos tracomatosos o sea con una afección cuya característica es sin duda alguna la cronicidad, suelen observarse muy comunmente infecciones sobreagregados.

Müller encontró y diferenció del de Koch-Weeks un bacilo al cual quiso asignarle el papel de específico, pero Axenfeld y Morax no estuvieron de acuerdo y negaron al bacilo de Müller el papel que este pretendió asignarle, habiéndose reconocido ser el de la influenza.

Las investigaciones que con el mismo fin se han hecho, son muchas y parece que gracias a los trabajos que en estos últimos años han realizado Prowazek y Halberstadter se ha adelantado mucho.

En efecto: Prowazek y Halberstadter estudiando en enfermos tracomatosos en la isla de Java, encontraron unas inclusiones características en las células epiteliales de la conjuntiva, creyendo que se trataba del microorganismo productor del tracoma.

Haciendo preparaciones microscópicas y usando el mé-

todo de Giemsa para colorearlas, encontraron junto a los núcleos de las células epiteliales de la conjuntiva en el interior del protoplasma a dichos corpúsculos sumamente pequeños, redondeados, teñidos por el Giemsa de color rosa que constituyen los llamados corpúsculos de Prowazek y Halberstadter.

A raíz de este hallazgo y sobre su naturaleza se han emitido numerosas opiniones. Hay quienes creyeron que fueran solo alteraciones del protoplasma, pero es seguro se trata de parásitos aún no exactamente clasificados.

Respecto de su rol patógeno no hay un acuerdo absoluto entre los autores, pero la mayoría tienden a considerar los corpúsculos de Prowazek como patógenos. Con todo no está probado que sean específicos del tracoma pues se les ha seguramente visto no solo en tracomatosis, sino también en la conjuntivitis blenorragica de los recién nacidos y en la de los adultos.

Según Kolle y Hesch corpúsculos análogos, se han señalado también en un caso de metritis cervical y hasta en una metritis sin gonococos.

Estas aseveraciones tan contrarias a la especificidad de los corpúsculos pueden ser contestadas, pues se ha podido provocar en el mono una conjuntivitis granulosa muy semejante a la del hombre haciendo frotos en la conjuntiva con material contaminado y en el cual se observaron los elementos en cuestión. Pero algunos como Addario aseguran que esos corpúsculos son muy comunes,

que carecen de rol patógeno, pues según él, se ven hasta en la conjuntiva de personas sanas.

Entre nosotros, se ha ocupado de esos corpúsculos, el Dr. Demaría y él cree que merecen elogio quienes los encontraron pues hay mayoría de opiniones en reconocer su existencia; pero agrega: «para poder aseverar sobre su especificidad, será necesario poder aislarlos, cultivarlos, y al estado de pureza poder inocularlos en la conjuntiva del hombre o animales y producir así experimentalmente el tracoma».

En el año 1914 debía celebrarse en San Petersburgo el VII Congreso Internacional de Oftalmología, pero la guerra europea que estalló ese mismo año determinó su suspensión y por lo tanto un retraso en la solución de las múltiples cuestiones que se propondrían. Axenfeld iba a presentar a ese congreso un informe sobre la etiología del tracoma. Como no lo pudo hacer, publicó un folleto del cual en los «Archivos de Oftalmología Hispano Americanos» (Tomo XVI. Julio 1916) se transcriben las conclusiones más interesantes, de las cuales se deduce que la cuestión está aún pendiente, así como también, que los corpúsculos de Prowazeck, se encuentran comunmente en la conjuntiva de los granulosos, aún cuando no está probada su especificidad.

Quiero hacer notar también que Hesse en 1912 encontró en un panus tracomatoso, las células con inclusiones de Prowazeck y de ahí que consideró al panus como di-

rectamente causado por la infección específica del tracoma y no como una lesión de origen mecánico.

El Dr. Guiral en colaboración con el Dr. Soler han realizado últimamente en Cuba algunos trabajos experimentales con el propósito de hallar el germen patógeno del tracoma. Del resultado de sus investigaciones, esos autores han sostenido que por su cultivo, anatomía patológica, su inoculación, su reacción humoral y su tratamiento, el tracoma podía ser una micosis y han afirmado que esta afección tiene como agente patógeno, un hongo. Sostienen esa afirmación debido a los éxitos obtenidos en las inoculaciones experimentales y en el tratamiento de los casos por el yoduro de potasio. No han clasificado ese hongo que según ellos, tiene semejanza unas veces con el *aspergillus* y otras con los *penicilium*. A raíz de esto, se nombró una comisión compuesta por Finlay, Fernández y Martínez Domínguez a fin de que estudiaran e informaran sobre las afirmaciones de Guiral y Soler. Esa comisión, después de realizar una serie de experimentaciones llegó a fallar en la siguiente forma: los estudios realizados no comprueban que el agente causal del tracoma sea el hongo descrito por los Dres. Guiral y Soler.

No habiendo sido encontrado el agente causal todo lo que se refiere a su patogenia queda igual que antes y hasta el presente no hay porqué dudar con respecto a la infecciosidad y contagiosidad. Por lo que a esta última se refiere todos están de acuerdo en asignarle el papel más importante entre las causas que determinan la propaga-

ción del mal y al igual que lo que sucede en otras enfermedades infecciosas un cierto número de causas generales e individuales intervienen como accesorias respecto a la receptividad del individuo sano.

La conjuntiva enferma, o mejor dicho su secreción, portadora del agente infeccioso, contaminaria directa o indirectamente al ojo sano y este estaría en mejores condiciones de receptividad o de inmunidad según circunstancias especiales.

El contagio directo está admitido por todos los autores y los casos más demostrativos a ese respecto, lo son sin duda, algunos médicos que se han enfermado de tracoma ocupados precisamente en la atención de esta clase de enfermos. Crainiciano cita entre otros a los doctores Quagliano, Cuignet, Pechdo, Deneffe, Libreicht y Coppez. El mismo autor relata un caso de contagio directo que se lo provocó un enfermero intencionalmente poniéndose en contacto con un enfermo tracomatoso.

También podré agregar el caso citado por Mohamed Bey referente al Dr. Rivers, que contrajo tracoma: exprimiendo los párpados de un enfermo, se salpicó con la secreción y los dos ojos se le infectaron con un intervalo de tres semanas.

En cuanto al contagio indirecto son principales vehículos de transmisión: las toallas, ropas de cama, útiles de toilette, pañuelos, servilletas, en una palabra todo lo que pudiendo ser alcanzado por la secreción pueda ser lleva-

do en cualquier forma a un ojo sano. El contagio por el aire, no se admite ya hoy en día.

Las causas predisponentes o generales y las particulares favorecen la infección tracomatosa en el individuo sano. Es necesario hacer resaltar las causas capaces de congestionar directamente al ojo, de irritar mecánicamente la conjuntiva u otras capaces de preparar al sujeto a las probabilidades de infección que puede favorecer por estado de menor resistencia la infección tracomatosa. Así los autores hablan del calor, humedad y las variaciones bruscas de temperatura como capaces de congestionar el ojo. Y por lo que al menor estado de resistencia general del organismo se refiere, transcribo de Abadie las observaciones hechas por Cuignet sobre lo que pasó en Argelia: «Una vez hecha la paz, como nuestros soldados tenían relaciones continuas con los indígenas infectados, la fatiga, la mala alimentación, y también la suciedad contribuyeron a su vez en atacarlos. Cosa notable y lo que prueba como la cuestión de terreno debe ser tomada en consideración: hubo pocas víctimas entre los oficiales y los destacamentos que pudieron nutrirse bien y conservar un cierto bienestar».

Ahora bien, aún cuando estuvieran de por medio todas las causas predisponentes generales o particulares a que nos hemos referido, ellas no serían exclusivamente capaces de determinar en un individuo sano la aparición del tracoma, como no lo serían de ninguna otra enfermedad infecciosa. Para que aparezca la enfermedad es necesari-

rio ante todo el agente que la determina, pero es condición que exige la Patología General, no solo el agente productor sino también el animal u hombre receptor, capaz de ser infectado o nó, por lo tanto, susceptible de defenderse por inmunidad natural o adquirida o susceptible también de estar en malas condiciones para la defensa por falta de inmunidad o por mal estado general determinando una menor resistencia orgánica.

Inmunidad.—Según algunos autores los Celtas que habitaban en Bélgica, Francia, Suiza, Alemania, etc. gozaban de cierta inmunidad. Para el Dr. Demaría esto se debe no a una inmunidad de raza sino al hecho de que esos habitantes vivían en buenísimas condiciones higiénicas.

En cuanto a los negros, los autores no están de acuerdo sobre si son o no capaces de enfermarse. En el Brasil hay negros con tracoma; en nuestro país según los médicos oculistas no sucede lo mismo y los profesores Lagleyze y Demaría en miles de observaciones no han visto ningún negro atacado.

La altura sobre el nivel del mar sería, según algunos, poco favorable para adquirir el tracoma. A este respecto creo oportuno transcribir algunos párrafos de una conferencia dada por el Dr. Joaquín Mestre Medina: «El hecho de haber permanecido antes de mi instalación en Valencia, ejerciendo durante dos años la especialidad en la zona de Utiel y Requena, -cuya elevación de más

» de 300 metros sobre el nivel del mar le da el carácter
» de meseta o zona de altura, me da derecho (y creo que
» deber) a decir algunas particularidades acerca de una
» dolencia tan interesante como la conjuntivitis tracoma-
» tosa que me llamó la atención desde los primeros días.
» Me refiero a su escasez en aquella región, que hace con-
» traste con la abundancia y endemia que de esa misma
» enfermedad tenemos en el litoral levantino sobre todo
» en las provincias de nuestra región Valenciana.» Más
adelante se refiere al hecho que de 250 enfermos que exa-
minó, solo pudo reunir 10 tracomatosos, de los cuales,
algunos eran típicos, no siéndolo los otros y teniendo por
lo tanto que rectificar el diagnóstico, lo que le sucedió
con 5. Los que eran, curaron rápidamente siendo la evo-
lución del mal muy benigna. El Dr. Mestre Medina llega
a la conclusión de que esa zona puede servir como esta-
ción antitracomatosa.

Esas consideraciones del oculista español serían aná-
logas a las que hizo Chibret respecto a Francia, cuando
afirmó que el tracoma no se contagia en las alturas ba-
sado en algunas investigaciones personales.

En la República Argentina no sucede lo mismo; el pro-
fesor Demaría relata que en Mendoza, a más de 800 me-
tros sobre el nivel del mar las poblaciones están atacadas
por tracoma.

Respecto a la edad, no habría tampoco inmunidad. En
países como Egipto, donde el tracoma es endémico, los
enfermos se infectan siendo niños. No sucede lo mismo

en otros países dado el menor número de tracomatosis: los riesgos de infección son más probables durante la adolescencia, época de la vida, durante la cual las personas están más expuestas por sus múltiples ocupaciones a estar juntos con tracomatosis. Hoppe de acuerdo con sus estadísticas, cree que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en la segunda infancia: así es como encuentra entre 1 y 12 meses de edad el 3.4 %; entre 1 y 6 años, el 6.17 %; entre 6 y 14 años, el 10.35 %; entre 14 y 21 años, el 13.03 %; y entre 21 y 75 años, el 7.06 %.

Crainiciano ha encontrado entre 1000 granulosos: 2 de 6 meses, 9 de un año, 75 de 10 a 14 años, 89 de 15 a 19 años, 25 de 20 a 29 años y 645 de 30 en adelante. Según este autor: «hasta la edad de 10 años siendo el tejido adenoideo menos desarrollado, los casos han presentado en gran parte la forma de la blenorragia aguda, mientras que las granulaciones y las formas de la blenorragia crónica eran difíciles de diferenciar en los viejos».

En cuanto al sexo las estadísticas nos demuestran el predominio del masculino, lo que no debe interpretarse como una inmunidad de parte del femenino; esto sucede, debido a la mayor actividad en todo sentido del hombre que la mujer, lo que determina mayores probabilidades de infección.

Finalmente, téngase presente que los pobres son los

más atacados, no porque sean los ricos inmunes, sino porque las malas condiciones económicas de aquellos hacen que se vean obligados a vivir en pésimas condiciones higiénicas.

LITERATURA MÉDICA ARGENTINA SOBRE TRACOMA

Antes de ocuparme del desarrollo de la enfermedad en el país creo oportuno enumerar una serie de trabajos con los cuales los médicos de la Argentina han contribuido al estudio de la enfermedad en sus diversos capítulos; algunos de ellos ya he tenido ocasión de consultarlos y en lo sucesivo he de hacer lo mismo con casi todos.

Anteriormente a 1870 poco o nada se había escrito en el país sobre tracoma, siendo la literatura oftalmológica muy reducida hasta esa época.

Hasta 1870 — dice el Dr. Argañaraz en su trabajo «Apuntes para la historia de la Oftalmología en la República Argentina» — «puede decirse que no había entre » nosotros médicos especialistas en las enfermedades de » los ojos; existía sin embargo, un buen número de médicos que conocían y sabían tratar la mayoría de las » afecciones oculares externas, entre ellos el Dr. Manuel » A. Montes de Oca». Teniendo en cuenta esas conside-

raciones no debe extrañar que en nuestra literatura médica oftalmológica no se encuentre de esa época nada sobre conjuntivitis granulosa. Según se observa leyendo el trabajo del Dr. Arganaráz, el Dr. Regnoli, que se titulaba profesor de la Universidad de Pisa y que ejercía entre nosotros la medicina ocular hizo el diagnóstico de conjuntivitis granulosa en la epidemia de oftalmía desarrollada en el año 1871 en el Asilo de Huérfanos, pero el diagnóstico no fué exacto.

En el año 1875 se creó en nuestra Facultad la cátedra de Oftalmología habiendo sido su primer profesor el Doctor Cleto Aguirre y recién en 1884 se hizo una comunicación, a la Revista Argentina de Oftalmología Práctica, titulada: «Conjuntivitis granulosa». «Jequiriti» por el Dr. José M. Escalier.

En 1893 el Dr. Ignacio Crespo presentó su tesis eligiendo como tema: «Contribución al estudio de la conjuntivitis granulosa, bajo el punto de vista de su tratamiento». Desde ese año hasta 1904 no figura ningún trabajo sobre tracoma. En 1904 el Dr. Otto Wernicke, presentó un informe sobre «Conjuntivitis granulosa», al II Congreso Médico Latino Americano. El Dr. Nicolás Chiriani hizo en 1907 su tesis titulada: «Conjuntivitis granulosa».

En 1910 el profesor Dr. Enrique B. Demaría presentó un amplio y completo informe, al Departamento Nacional de Higiene y al Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene, que he tenido oportunidad de citar

varias veces. Trabajo valioso, pues el autor recorrió personalmente la República e hizo también un censo de granulosis.

En 1912 el Dr. José Zamora presentó su tesis eligiendo como tema: «Peligro granuloso» y el Dr. Juan Carlos R. Roberts presentó la suya en 1913 sobre «Oftalmía granulosa».

En la «Semana Médica» el Dr. Alejandro Gowland, publicó un artículo sobre «Tratamiento quirúrgico del tracoma. Procedimiento de Heisrathkuhut». En 1916 los Dres. E. B. Demaría, H. Rebay y S. Mazza publicaron un trabajo en el que proponen un nuevo sistema terapéutico original para tratamiento del tracoma por medio de una vacuna.

En el mes de Noviembre del año 1916 el Dr. Diego M. Argüello, encargado por la Dirección de Salubridad de la Provincia de Buenos Aires para dirigir un consultorio Oftalmológico en Berisso a fin de proceder al tratamiento de los enfermos granulosis, presentó a esa autoridad sanitaria una cartilla que sirviera para la difusión popular con el objeto de educar al pueblo en los medios de evitar la enfermedad.

El 14 de Junio de 1917, el Dr. Carlos S. Cometto, Sub-Director del cuerpo médico escolar de la Provincia de Buenos Aires, leyó una comunicación a la asamblea de la Sociedad Médica de La Plata sobre «Tracoma en las escuelas primarias de La Plata» y en otra asamblea celebrada por esa sociedad en el mes de Julio del mismo

año el Dr. D. M. Argüello presentó otra comunicación en la que consignaba la labor realizada en el consultorio de Berisso.

En 1917 el Dr. Nicolás F. Laiseca eligió para tema de su tesis «Tratamiento del tracoma».

El Dr. Publio B. Ferro, oculista del Departamento Nacional de Higiene ha publicado, en el N.º 4 correspondiente al mes de Enero de 1917 del «Boletín de la Sociedad de Oftalmología de Buenos Aires», un artículo titulado «Las conjuntivitis trasmisibles, su difusión en la República Argentina, su profilaxia».

No he tenido oportunidad de consultar algunos trabajos hechos por los médicos de Córdoba, así como tampoco una tesis que el año pasado se presentó a la Facultad de Medicina de esa ciudad sobre la afección que me ocupa.

EXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD EN EL PAIS CAUSAS QUE HAN DETERMINADO SU APARICION Y FAVORECIDO SU DESARROLLO

Desde el último cuarto del siglo pasado una numerosa corriente inmigratoria venida en su mayor parte de la vieja Europa, ha determinado un aumento considerable de nuestra población y ha incorporado al país con su aporte gran cantidad de elementos que son sin duda alguna los factores más importantes de nuestra actual riqueza nacional.

Pero también esa inmigración es la que nos ha traído el traconia, que constituye una enfermedad exótica como lo es también para los otros países de América que, como la República Argentina, cuentan con mucha población extranjera.

La enfermedad se ha desarrollado bastante y en casi toda la República existe. En las grandes ciudades es donde hace sus mayores estragos, pues la densidad muy elevada

de la población y las malas condiciones higiénicas de vida de las clases pobres, son factores que facilitan la adquisición, el contagio y la permanencia del mal. Y está desarrollándose en tal forma, que, si no se adoptan medidas y con urgencia, muy pronto nos encontraremos en condiciones peores a las de los países europeos donde mayormente ha cundido.

Según el Dr. Otto Wernicke el 10 a 20 % de los enfermos de la vista que concurrían a los servicios oftalmológicos de la capital federal eran granulosos. El profesor Demaría, consultando estadísticas del Hospital de Clínicas desde el año 1886 hasta 1908, hace notar que el porcentaje de granulosos en relación al total de enfermos de los ojos oscila entre el 17 % en 1895 (cifra la más alta) y el 3.7 % (la más baja) que se observó en 1891 siendo el término medio considerando en conjunto todos los años un 10 %. En cuanto a otros servicios oftalmológicos da el mismo autor los siguientes datos:

Durante el año de 1909 fueron atendidos en el Hospital Español 2108 enfermos de la vista, de los cuales el 6.6 % eran granulosos; en 1909 fueron atendidos en el de Niños 1735, había 62, o sea un 3.6 % atacados de tracoma; en 1907 sobre 1320 enfermos atendidos en el Santa Lucía 127, es decir, un 9.5 % estaban también atacados; y en 1909 de 2081 enfermos 252, el 12 %, con tracoma; en el San Roque, hoy Ramos Mejía, desde 1904 a 1909 en un total de 4452 enfermos que fueron a consultar por afecciones de la vista 302 resultaron de tracoma.

En 1917 al Hospital Santa Lucía concurren 14.371 enfermos, de los cuales a 541 se les diagnosticó tracoma, lo que significa un 3.76 %.

Sobre la nacionalidad de los enfermos de las estadísticas tomadas del informe del profesor Demaría, ella estaría representada así: sobre 1520 granulosis diagnosticados en el Hospital de Clínicas hay 660 italianos, 463 argentinos, 255 españoles, 44 franceses, 29 uruguayos, 39 rusos, 3 suizos, 2 austriacos, 3 belgas, 1 boliviano y 21 árabes.

Nadie ignora que de Italia es de donde hemos recibido, sobre todo hasta hace unos diez años, el mayor número de nuestros inmigrantes y teniendo en cuenta las cifras anteriores según las cuales son precisamente los italianos los mayormente atacados, se deduce un argumento bien poderoso para sostener el origen exótico de la enfermedad.

En algunas localidades cercanas a la ciudad de Buenos Aires existen muchos tracomatosis y el profesor Demaría que visitó el país e hizo el censo de granulosis, en su trabajo nos refiere en detalle su repartición. Estudiando, todos los partidos de la provincia de Buenos Aires considera que en los partidos próximos a la capital federal, la conjuntivitis granulosa está tan extendida, como en esta última ciudad y al referirse a la parte norte de la provincia cita a Rojas, donde se produjeron en los años 1904, 1905 y 1906 de 300 a 350 casos de tracoma. En el sud de la provincia existen tracomatosis en abundancia, en

Coronel Suárez, Tres Arroyos y Bahía Blanca, hay familias enteras atacadas.

Debido a la existencia de numerosos enfermos de conjuntivitis granulosa en una de las fábricas de carnes congeladas de la Compañía Swift, situada en Berisso (La Plata), el médico de dicho establecimiento Dr. J. M. Jerez puso el hecho en conocimiento de las autoridades sanitarias de la provincia, a fin de que éstas, adoptasen las medidas que el caso requería. El director de salubridad que lo era entonces (1916) el Dr. Pedro Goenaga, atendió inmediatamente la denuncia, preocupándose con todo interés del asunto; y como resultado de sus gestiones se obtuvo del gobierno de la provincia la partida de dinero indispensable a objeto de sufragar los gastos que una intensa profilaxia reclamaba.

En el mes de Septiembre la Dirección de Salubridad hizo instalar un consultorio en Berisso para la curación de los enfermos, poniéndolo bajo la dirección del médico especialista Dr. Diego M. Argüello, a quien al mismo tiempo, se le encomendó la tarea de proponer lo más pronto posible las medidas que fuese necesario poner en práctica a fin de evitar mayores contagios que los ya a la sazón producidos, así como también para que procediera al tratamiento de los enfermos.

A principios del año 1917 se instaló otro consultorio como el de Berisso en la ciudad de La Plata y se aumentó asimismo el personal pues la excesiva cantidad de enfermos que concurrían al consultorio de Berisso, que solían

alcanzar a ser hasta 400 diarios, y la aparición de la enfermedad en La Plata determinó una gran tarea que no podía ser desempeñada por un solo médico, nombrándose entonces un médico más, ocho practicantes y cuatro desinfectadores.

Más adelante, al referirme a la profilaxis del tracoma detallaré, lo que en tal sentido, se hizo en la provincia de Buenos Aires; pero antes he de detenerme para hacer algunas consideraciones respecto al pueblo de Berisso, que es donde la enfermedad hizo sus más grandes estragos.

Berisso forma parte del distrito de La Plata capital de aquella provincia, distando de la planta urbana de la ciudad aproximadamente unos 5 kilómetros y a muy pocas cuadras de distancia de otra población importante, la de la Ensenada donde están el puerto de La Plata y el arsenal de marina de Río Santiago. En Berisso existen dos grandes fábricas de carnes congeladas de las compañías Swift y Armour, en las cuales trabajan alrededor de 10.000 obreros de ambos sexos, mayores de 14 años y de distintas nacionalidades en su mayor parte: turcos, argentinos, rusos y griegos. De esos 10.000 obreros un 35 % residen en La Plata y la Ensenada y el resto o sea un 65 %, residen en Berisso.

Esos trabajadores son, en general, mal remunerados y sus condiciones de vida, por lo tanto, muy malas, siendo así también las de trabajo, que por ser demasiado pesado (hasta 12 horas diarias) es causa determinante de

surmenage y de un gran empobrecimiento orgánico de esa gente.

En cuanto al género de vida que hace la residente en Berisso es algo que causa horror en el espíritu de quien haya tenido ocasión de poder apreciarlo. En su mayor parte son turcos y árabes.

Siendo la tierra en Berisso de propiedad del gobierno de la nación que la da en arriendo precario, los habitantes han construido sus viviendas de madera a fin de que puedan ser transportadas en cualquier ocasión de un sitio a otro; las casas de material no existen. Las piezas de las casillas son, por cierto, bastantes reducidas, más no así el número de camas o mejor dicho de catres (siempre cuatro o cinco en cada una de ellas), lo que no quiere decir que igual número de personas habiten en las referidas piezas, pues teniendo los frigoríficos dos turnos de trabajo (diurno y nocturno) mientras unos obreros trabajan los otros duermen y así resulta que cada pieza es la casa habitación de diez personas.

He de hacer notar también y esto interesa en más alto grado ya que se trata de tracoma, que toda esa gente no dispone de baños ni de lavatorios, pues el agua corriente existe en ese pueblo en un radio muy reducido. De modo, pues, que una palangana, de la cual también se aprovechan diez personas que se secan con una misma toalla, constituyen dos elementos más que favorables para transmitir el agente del tracoma.

Podría seguir describiendo este cuadro de miseria y

aún agrandarlos si me refiriera a los conventillos de Berisso, pero pienso que con lo dicho hay más que lo suficiente para imaginárselos.

En cuanto a las condiciones edilicias ellas no pueden ser más detestables. La higiene pública corre paralela a la privada; no hay cloacas; el agua corriente existe en un radio muy reducido; y no existen baños públicos.

No puede haber un medio más apropiado para que el tracoma haya podido cundir en la forma que lo ha hecho.

Al referirme anteriormente a la literatura oftalmológica argentina sobre tracoma, he mencionado una conferencia que dió el Dr. Argüello en la Sociedad Médica de La Plata sobre el desarrollo y la lucha contra el tracoma en Berisso y en esa conferencia que fué publicada en la revista de dicha sociedad, figuran las estadísticas correspondientes a un año de funcionamiento del consultorio de Berisso desde su inauguración hasta Octubre de 1917.

En 1703 revisiones se encontraron 1372 enfermos de tracoma. De estos enfermos adquirieron la enfermedad en Berisso 946 (Argentina), 266 en Turquía, 60 en Grecia, 42 en Rusia, 31 en La Plata (Argentina), 9 en Ensenada, 5 en España, 5 en Egipto, 4 en Italia, 2 en Buenos Aires (Argentina), 1 en Cuba y 1 en la República Oriental del Uruguay.

Los 331 que no estaban atacados de tracoma, y que sumados a los 1372 tracomatosos constituyen los 1703 revisados, son los sanos y enfermos de otras afecciones y

algunos que se anotaron en observación, pues el diagnóstico no era seguro.

La nacionalidad de los revisados está en la siguiente relación: 1004 turcos, 211 rusos, 139 griegos, 133 argentinos, 131 italianos, 36 españoles, 49 de otras nacionalidades. En cuanto al sexo, 1645 eran del masculino y 58 del femenino. Los enfermos del sexo femenino han sido muy pocos y más adelante diré porqué.

Esas cifras corresponden a un año, pero el consultorio continúa funcionando en la actualidad. Desde su inauguración han transcurrido cerca de dos años. Desde el mes de Octubre del año 1917 hasta el 31 de Enero de 1918 se han revisado otros 131, de los cuales 98 con tracoma. Sumando éstos a los anteriores tendremos las siguientes cantidades: revisados, 1834; con tracoma, 1470.

Casi todos los enfermos eran mayores de 20 años, lo que no quiere decir que no se hayan encontrado enfermos niños, pues aún cuando han sido pocos, unos 30 niños, la mayoría hijos de rusos pero nacidos en la Argentina padecían la enfermedad.

Las cifras anteriores y sobre todo las que se refieren a lugar de adquisición de la enfermedad, no son absolutamente exactas; el Dr. Argüello lo ha dicho haciendo notar que no es tarea fácil tratar con un público en su mayor parte extranjero, con enfermos que tenían marcado interés en dificultar la acción del médico ya que como oportunamente lo haré notar, los enfermos iban a hacerse revisar no por su propia voluntad sino porque eran obli-

gados, para admitirlos en el trabajo en algunos de los frigoríficos, o para que la municipalidad les otorgara patente de vendedores ambulantes, etc., a presentar un certificado de salud.

Llama la atención el poco número de argentinos que han concurrido al consultorio. De los 133 de esta nacionalidad que fueron revisados solo un 50 % estaban atacados.

Como para el tracoma no hay inmunidad, el hecho debe justificarse teniendo en cuenta que los argentinos de los cuales muy pocos viven en Berisso lo hacen, aún siendo pobres, en condiciones higiénicas muy superiores a los turcos, los griegos y los rusos y además porque no hacen la vida en promiscuidad como ellos.

Se han encontrado muy pocos niños enfermos y eso se debe a que siendo los adultos en su casi totalidad solteros o con familia en Europa, no pueden presentarse en Berisso sinó excepcionalmente casos de tracoma familiar. Algunos rusos adaptados a nuestras costumbres y casados en el país, han llevado sus hijos al consultorio resultando estar enfermos como sus padres.

En el consultorio que, como el de Berisso, para curar a los tracomatosos se creó en La Plata en el mes de Enero de 1917, fueron revisados 538 personas de las cuales 208 con tracoma hasta Diciembre del mismo año, lo que da una proporción de 38.65 %. Los enfermos que existen en La Plata han adquirido en su mayoría la enfermedad en Berisso pues son trabajadores de las mismas

fábricas a que me referí anteriormente. La enfermedad no ha hecho grandes estragos en esta ciudad pues no hay en La Plata la facilidad que para el contagio existe en Berisso.

En las otras provincias de la República existe también la enfermedad y en algunas partes la población es muy atacada, según nos refiere el Profesor Demaría.

En Santa Fé está bastante extendida atacando sobre todo a los extranjeros.

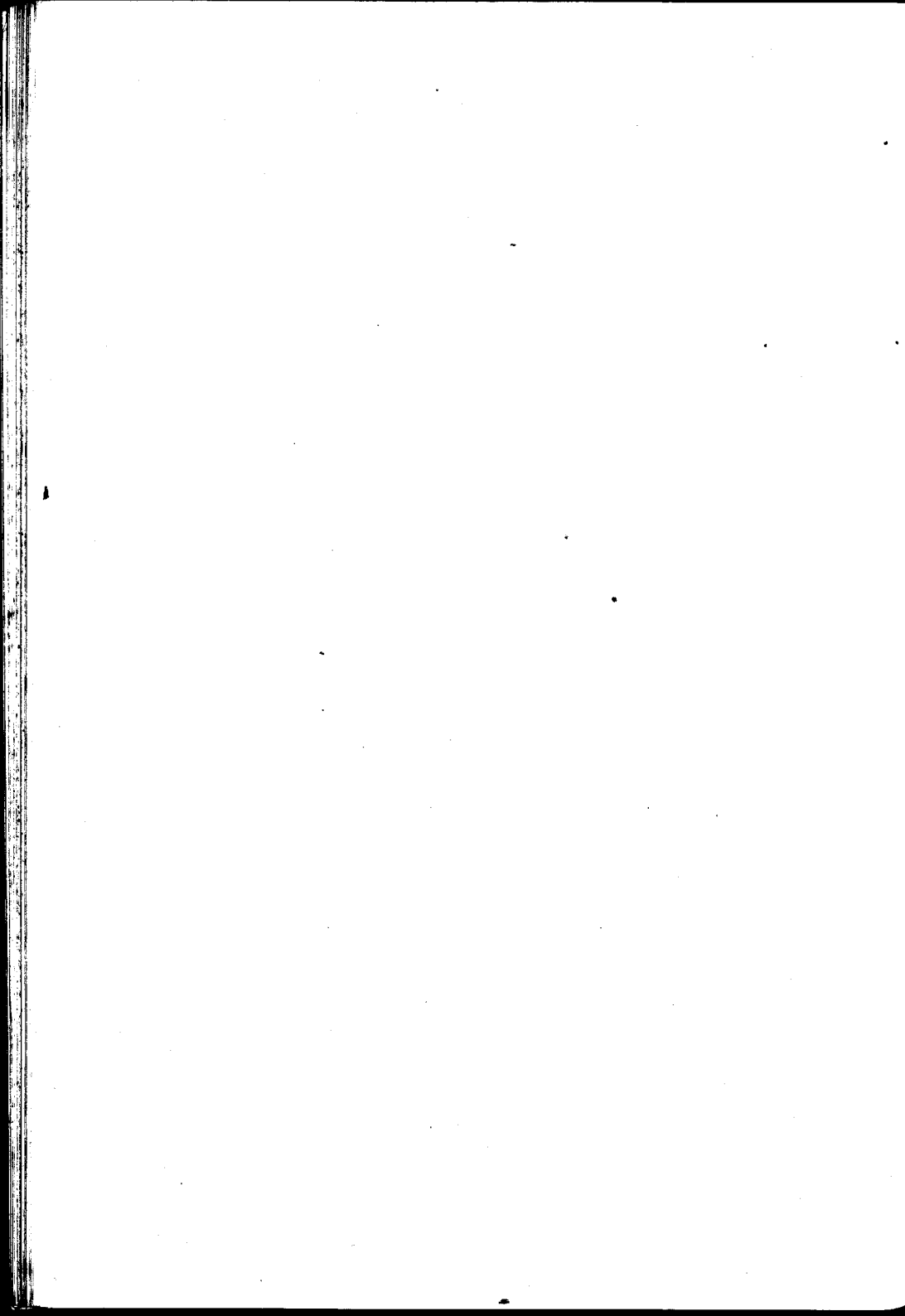
Así, de la ciudad de Rosario se tienen estadísticas del Dr. Eduardo A. Carrasco, oculista del Hospital de Caridad según las cuales en 5 años (1909 a 1913 inclusive), se han atendido en la Asistencia Pública 9441 enfermos de la vista de los cuales 737 lo fueron por conjuntivitis granulosa, lo que representa un 7.8 %. En su clínica particular, el Dr. Carrasco, en 8 años (1905 a 1912 inclusive), ha atendido 6878 enfermos de los cuales 416 lo fueron por tracoma o sea un 6.5 % y en el consultorio oftalmológico del Hospital de Caridad, sobre un número aproximado de 400 enfermos atendidos de enfermedades de la vista, se diagnosticaron 50 granulosa o sea un 11 % aproximadamente.

Existe también tracoma en Córdoba, Tucumán, Catamarca, La Rioja, Mendoza a pesar de vivir la mayoría de sus habitantes a más de 400 metros sobre el nivel del mar.

El Profesor Demaría tuvo ocasión de atender en Tucumán a numerosos enfermos en el Hospital Mixto: sobre

377 enfermos atendidos resultaron 130 granulosos, o sea más del 30 %.

En Mendoza encontró en el Hospital San Antonio un 27 % de granulosos sobre el total de enfermos.



PROFILAXIS

Los gobiernos de los países europeos en los cuales el tracoma alcanzó mucho incremento, se preocuparon con todo interés de hacer una lucha enérgica con el fin de detener la propagación del mal, así como también de evitar, mediante el tratamiento de los enfermos, que la enfermedad produjera sus terribles consecuencias.

Es necesario reconocer que Hungría y Prusia han sido los países en que la profilaxia se ha hecho más enérgica en Europa; en Africa los ingleses han podido mediante esfuerzos considerables detener la marcha de la enfermedad que como se vió anteriormente es en el Egipto, donde causó y aún causa, aunque en menor escala, mayor número de víctimas.

De lo primero que se preocupó el gobierno en Hungría es del conocimiento de la extensión de la enfermedad y se ha llegado a hacer un verdadero censo de tracomatosos. En dicho país la declaración de la enfermedad es

obligatoria. El médico envía su declaración en una carta postal oficial libre de franqueo a las autoridades del municipio. En cada municipio se hace una estadística de tracomatosis llevando el nombre del enfermo, su domicilio, su profesión, lugar donde la ejerce y en una columna se anotan los cambios de domicilio, los casos de curación y también los de fallecimiento cualesquiera que sea la enfermedad que lo determine. Mediante esa documentación la autoridad municipal eleva planillas al Ministerio del Interior donde se lleva con toda proligidad la curva de aumento o disminución de la enfermedad, una para cada municipio y otra de conjunto.

Lo que ha facilitado mucho el diagnóstico de los enfermos en Hungría, ha sido el examen de los alumnos de las escuelas. En las regiones contaminadas el examen de los escolares es obligatorio tres veces al año y en las no contaminadas lo es solo dos veces. Como se comprende fácilmente el médico oculista al encontrar en las escuelas niños enfermos está casi seguro de encontrar otros enfermos en las familias de esos niños.

Ha sucedido muchas veces que el gobierno húngaro se haya visto en la necesidad de ordenar un examen de los ojos de toda la población en las regiones del país muy contaminadas.

Con ese procedimiento, dice el Dr. Edmund Sergent, en el año 1908 se llegó a contar en Hungría exceptuando dos provincias 40.399 tracomatosis.

En Prusia también se sancionó la declaración obliga-

toría y los médicos especialistas revisaban dos o tres veces al año, según las regiones, todos los alumnos de las escuelas. Esas inspecciones se hicieron también en las fábricas, orfanatos, asilos y prisiones. Análogamente en los dos países nombrados se examinaban los soldados de los ejércitos.

Procediendo así, las autoridades sanitarias pudieron sentar las bases de una profilaxia que muy pronto determinarí la disminución notable de la enfermedad.

La declaración obligatoria era seguida del tratamiento obligatorio y gratuito de los enfermos, que se hacía estableciendo escuelas y regimientos exclusivamente para niños y soldados tracomatosos, lo que evitaba que los sanos pudieran enfermarse por contacto con los enfermos. No es necesario extenderse sobre el papel que desempeñan la escuela y el cuartel en la transmisión de las enfermedades infecto-contagiosas.

El tratamiento de los enfermos se hacía por medio de dispensarios exclusivamente para tracomatosos. En Hungría se hicieron hospitales para estos enfermos, en los cuales, se internaban aquellos casos que por necesitar tratamiento quirúrgico no era posible tratarlo en los dispensarios.

Trascribo a continuación una tabla con cifras dadas por K. Sholtz sobre el número de tracomatosos tratados en los hospitales durante el año 1903 en Hungría:

Hospitales	N.º de tracomatosos	N.º de días internados
Clínica Oftalmológica de la Universidad de Budapest..	58	1,494
Clínica Oftalmológica de la Universidad de Kolozsvár..	41	1,761
Hospital Oftalm. de Brassó..	217	6,510
36 Hospitales de Provincia..	1,224	48,453
Servicio Oftalm. en Budapest.	361	12,821
8 Hospitales de tracomatosos.	743	28,673
Hospital Oftalmológico del Estado de Hodmezőrasárhely.	261	8,222
Total:	2,905	107,934

En Prusia se hizo también el tratamiento de los enfermos en hospitales, internándose aquellos que por la intensidad de las lesiones no podían ser suficientemente atendidos en los hospitales generales o en los dispensarios. El Estado hizo construir salas y hospitales exclusivamente para tracomatosos. Así, en el año 1901, en la Clínica Oftalmológica de Königsberg se construyó una sala para tracomatosos por cuenta del Estado, que costó 91.000 marcos.

Todas esas medidas de profilaxia dieron muy buenos resultados en los dos países.

El profesor Demaría citando a Scholtz dice que en un distrito de Hungría, en el cual en 1883 había un 4.5 % de habitantes granulosos, en 1899 había solo un 1.2 % y en las clínicas de Budapest el número de tracomatosos ha

descendido considerablemente pues antes de hacer profilaxia el 7.2 % de los enfermos de la vista eran tracomatosos, mientras que mucho tiempo después de iniciada la lucha contra la enfermedad solo la padecían el 3.5 % de los consultantes.

En Rusia, país en el cual hay mayor número de enfermos que en los anteriores, se organizó bajo la dirección del profesor Bellarminoff la defensa contra el tracoma. Desde el año 1893 y bajo el patrocinio de la institución de beneficencia «Curatorio María Alexandrowna» salieron para recorrer el país expediciones denominadas «columnas» formadas por médicos y practicantes. Dichas comisiones en ese año alcanzaron a siete y atendieron a 7691 enfermos de la vista entre los cuales 2525 con tracoma, que fueron tratados. El número de las «columnas» fué aumentando de año en año, de modo que en 1900 éstas alcanzaron a 32, que prestaron asistencia a 56.795 enfermos.

Como se vé, la profilaxia antitracomatosa ha sido llevada a cabo en una forma análoga. Dar con el enfermo y tratarlo ha constituido la base de ésta. Además la educación del pueblo ha podido también influir favorablemente, ya que la ignorancia es la gran compañera de la miseria y las dos, condiciones muy necesarias para que el tracoma exista y aumente. Así, en Hungría se reparten profusamente cartillas escritas en cinco idiomas conteniendo en forma clara y al alcance de todos, las respuestas de las tres siguientes preguntas: ¿qué es el tracoma?

¿cómo se adquiere? ¿cómo nos preservamos del tracoma?

No sólo se ha educado al pueblo aconsejándole las medidas de adopción necesarias para evitar la enfermedad, sino que en algunas partes las autoridades universitarias han establecido en las universidades y hospitales, cursos especiales sobre tracoma con el propósito de hacer médicos especialistas para encargarles la tarea de dirigir la lucha contra la enfermedad. En Hungría se dan cursos sobre tracoma una vez al año en la clínica oftalmológica de Budapest; lo mismo se hace en los hospitales de Szeged y de Brasso. A estos cursos asisten los médicos de las zonas tracomatosas y sus gastos de hospedaje y permanencia corren por cuenta del Estado. En Prusia se establecieron también los cursos especiales en Koenisberg, Dantzig, Greifswald, Posen y Gottingen. Además de ilustrar a los médicos en el diagnóstico del tracoma y en su tratamiento se consigue uniformar la profilaxia. Hasta el año 1906 se dictaron en Prusia 40 cursos especiales, a los cuales asistieron 709 médicos de 11 distritos infectados y el gobierno gastó en viáticos y hospedaje, de esos médicos 152.036 marcos.

En Francia se ha hecho poco; la declaración de la enfermedad es facultativa. Pero el tracoma ha cundido poco en ese país y disminuye notablemente, pues los enfermos han sido tratados en los hospitales y clínicas oftalmológicas.

En Italia, país que fué tan atacado en un principio, nada se hacía contra la enfermedad pero a la constante

prédica de los especialistas se debe los buenos resultados que más tarde diera una lucha enérgica. En un congreso reunido en Palermo, se aconsejó al gobierno: la creación de consultorios dirigidos por especialistas; el nombramiento de inspectores médicos para las zonas atacadas; la construcción de hospitales regionales y el exámen de los niños de las escuelas.

En la provincia de Siracusa, según informe de S. Leone, se organizó la lucha contra el tracoma hasta en los niños menores de 6 años en las escuelas. Así, por ejemplo, en las escuelas elementales fueron visitados en un año (1915-16) 34.375 alumnos, de los cuales resultaron tracomatosos 2.656, o sea un 7,7 %, mientras que en 1906 el 21.15 % de los mismos alumnos estaban atacados. Como se vé el resultado no puede ser más favorable, ya que en 10 años de lucha se obtuvo tal diferencia. En Siracusa la profilaxia se hizo fundando escuelas sanatorios habiendo funcionado en el año 1915, 23 de esos establecimientos. Según Mansuino, en la comuna de Florencia una comisión comprobó en 1907 que 446 alumnos sobre 14.030 visitados eran tracomatosos. Debido a eso se instituyeron en seis escuelas, clases especiales para tracomatosos. Los alumnos internados en esas escuelas eran enviados todos los días a consultorios de especialistas hasta que más tarde los consultorios se instalaron en las mismas escuelas. Dice Mansuino que en esas escuelas de tracomatosos los niños son muy atrasados pues las

promociones fueron de 47.63 $\%$, mientras que en las escuelas comunes lo eran de 70 $\%$.

En Egipto, donde la enfermedad es endémica y epidémica, la campaña contra ella, ha sido hecha con recursos proporcionados por los particulares.

Sir Cassels contribuyó con 41.000 libras esterlinas para ello; más tarde el gobierno hizo ir a Egipto al Dr. Mac Callan, el cual, siguiendo el ejemplo de Rusia, organizó «columnas» para la curación de los enfermos; y además, en el año 1906, todas las provincias de Egipto tenían su hospital exclusivamente para tracomatosos.

Con eso se obtuvieron buenísimos resultados, a los cuales he tenido oportunidad de referirme al hablar del tracoma en Egipto, citando la opinión de Mohamed Eloui Bey y las estadísticas compiladas por éste.

En América, los poderes públicos de los Estados Unidos del Brasil ya hace tiempo que tomaron medidas y muy enérgicas, en el primero de los países nombrados.

Para ambos países americanos como para el nuestro, la afección fué importada.

Como en el año 1897 el gobierno de los Estados Unidos se dió cuenta del gran número de granulosos que entraban al país y el creciente aumento de enfermos, obtuvo del parlamento la sanción de una ley, prohibiendo en absoluto la entrada al país de inmigrantes con tracoma. Esa sola medida y la curación de los enfermos determinó un decrecimiento considerable de la afección, a tal punto que en el año 1902, solo el 2.71 $\%$ de los enfer-

mos que asistían a las clínicas oftalmológicas eran tracomatosos mientras que antes de dictada la ley se observaba un 4.25 %.

En San Pablo (Brasil) gracias a los esfuerzos del doctor Carlo J. Botelho, secretario de gobierno del Estado, dióse el primer paso para la defensa contra el tracoma, prohibiendo la entrada de inmigrantes tracomatosos y por un decreto dictado el 17 de Diciembre de 1904 se nombraron médicos encargados de hacer inspecciones a bordo a fin de que no desembarcaran los inmigrantes enfermos.

En la tesis del Dr. Godofredo de Miranda, se encuentran una serie de medidas, que, además de la ya mencionada, se tomaron en San Pablo para hacer la profilaxia anti-tracomatosa, y de ellas transcribiré las más importantes:

1.º «Crear una repartición de profilaxia de las enfermedades contagiosas de los ojos dependiente de la Dirección General del Servicio Sanitario».

2.º «Fundar en la capital un hospital oftalmológico del Estado o subvencionar al que existe debido a la iniciativa particular y a algunos de los hospitales o casas de salud de los grandes centros del interior, que quieran encargarse de este servicio, bajo fiscalización de la respectiva repartición».

3.º «Aislar los enfermos con abundante secreción».

4.º «Obligar a todos los establecimientos agrícolas e industriales a tener consultorios donde los enfermos re-

ciban curación (lo menos una vez por semana) remitiendo el médico del establecimiento al hospital de zona a los atacados por las formas graves con abundante secreción y lesiones corneanas».

5.º «Exigir, para ser admitido en los establecimientos o corporaciones mantenidas por el gobierno, certificado médico de no padecer tracoma».

6.º «Todas las escuelas, fábricas, cuarteles u otras corporaciones que tengan gran personal, deberán ser visitados, al menos una vez por semana, por los inspectores sanitarios encargados de este servicio».

7.º «Penar severamente el ejercicio ilegal de la medicina y prohibir la venta de colirios sin receta médica».

Con esa serie de medidas se han obtenido resultados favorables, pues el número de tracomatosos no ha aumentado en los últimos años.

En nuestro país es muy poco lo que se ha hecho; mejor sería decir que nada hemos hecho, sobre todo en el orden nacional. Ultimamente en la Provincia de Buenos Aires sus autoridades sanitarias han emprendido, una enérgica lucha contra la afección.

Si se hubiera aplicado y cumplido estrictamente nuestra ley de inmigración no tendríamos tracomatosos. Ella, en su artículo 32, prohíbe terminantemente la entrada al país de inmigrantes afectos de enfermedades infecto-contagiosas.

Pero con solo tener ley no se hace nada; es menester hacerla cumplir. A la República Argentina han entrado

miles de inmigrantes tracomatosos desde hace muchos años. Así lo refieren los Dres. Otto Wernicke y Demaría.

En Berisso, he tenido oportunidad de encontrar muchísimos enfermos que manifiestan padecer la afección desde muchos años antes de llegar al país. Es más, muchos de ellos nos han llegado despedidos de los puertos norteamericanos, pues en aquel país son muy severos en el cumplimiento de las leyes y sobre todo en las que se relacionan con la inmigración. Así han podido formar los americanos del Norte una gran nacionalidad, donde todos los individuos contribuyen eficazmente con su trabajo al progreso cada día más creciente. Tantó celo demuestran en la selección de su inmigración, que no hace mucho hubieron de tener un grave conflicto internacional cuando pusieron una barrera a los inmigrantes amarillos, que, con su afluencia al Estado de California, hacían una ruínosa competencia al obrero norteamericano por la baja de los salarios que iban a determinar con su invasión a las fábricas.

Nosotros deberíamos imitarlos en muchas cosas y en la cuestión del tracoma deberíamos hacerlo *calcándolos*, pues si precisamos poblar nuestro inmenso territorio, será de hombres útiles para el trabajo y no con enfermos que en breve plazo aumentarán enormemente el espectáculo tan poco agradable de la mendicidad.

En una publicación que hizo el Dr. Argüello sobre la forma cómo se luchaba contra el tracoma en La Plata y Berisso, ha tenido oportunidad de dar los nombres, ape-

lidos, fecha de entrada y hasta el nombre del buque en el cual han llegado inmigrantes tracomatosos. Transcribo el siguiente: «Dimas Cuchedines, griego, 18 años de edad. Llegó al país en el vapor «Toscana» en el mes de Mayo de 1916. Se embarcó para Norte América en el vapor «Voltaire», habiendo sido rechazado por encontrarse atacado de tracoma. Regresó a la Argentina en el vapor «Byron», llegando el día 28 de Octubre de 1916. Este inmigrante ha entrado, pues, al país, en el transcurso del referido año dos veces sin haber sido revisado».

No puede haber nada más elocuente al respecto. Y no es solo ese caso, pues en Berisso han sido vistos centenares de enfermos en iguales condiciones. Es necesario hacer constar que en los periódicos del país desde Agosto de 1916 aparecían largos artículos con tremendos títulos llamando la atención de los poderes públicos sobre el gran incremento de la enfermedad a propósito de la epidemia de Berisso. No obstante eso, seguían entrando enfermos.

La profilaxis hecha en la República Argentina contra el tracoma queda reducida al tratamiento de los enfermos, que se hace desde que existen clínicas oftalmológicas y a la lucha emprendida últimamente contra la enfermedad en la provincia de Buenos Aires.

Los médicos han llamado la atención de los poderes públicos. El mismo Departamento Nacional de Higiene encargó al profesor Demaría que levantara un censo oftalmológico y éste presentó a esa autoridad sanitaria un

informe en el cual estudiaba extensamente la distribución del tracoma y en su trabajo que presentó al Congreso de Medicina e Higiene reunido en Buenos Aires, en 1910, aconsejó las siguientes medidas que con urgencia era necesario tomar:

1.º Que el Departamento Nacional de Higiene obtenga que los inmigrantes que llegan «al país, sean cuidadosamente examinados por lo que respecta a la conjuntivitis granulosa y que sean rechazados todos los enfermos»; en el rechazo pide que se tengan en cuenta algunas consideraciones hechas en la memoria.

2.º «Que inicie en nuestro país una campaña profiláctica del tracoma.»

3.º «Que dando la preferencia para ello a la curación de los enfermos, obtenga de las autoridades competentes, el aumento de los consultorios oftalmológicos en la ciudad de Buenos Aires y la construcción de un pabellón con capacidad por lo menos de 100 camas en la misma ciudad, que instale en cada capital de provincia un consultorio oftalmológico, dos en la ciudad del Rosario de Santa Fé y uno en Bahía Blanca. Que en las ciudades del Rosario y Tucumán se construya un pabellón oftalmológico con el objeto indicado y otro menos amplio en las ciudades de Mendoza y Bahía Blanca. Y que obtenga de la Facultad de Medicina de Córdoba, que al inaugurar el Hospital de Clínicas conceda al servicio oftalmológico un amplio local con abundante número de camas.»

4.º «Que cada provincia tenga un médico escolar, y

que en caso de haber un número suficiente de niños granulosos se creen escuelas especiales o se habiliten horas a ellos destinadas, durante las cuales reciban los niños instrucción y puedan también ser curados. En las ciudades principales ésta medida es urgente.»

De todo eso, nada se ha hecho. En el Hospital Muñiz existe desde hace años una sala especial para esos enfermos; pero con una sala no hacemos nada.

No es tarea difícil luchar contra el tracoma. Existe la ley que impide la entrada de enfermos granulosos al país, nada cuesta cumplirla. En la República habrá muchos más tracomatosis que cuando el Profesor Demaria presentó su trabajo y como la base de una buena profilaxia, es sin duda alguna, el conocimiento exacto de la extensión de la enfermedad, el Departamento Nacional de Higiene, por intermedio de los concejos sanitarios de las Provincias, puede hacer levantar un censo.

Hecho eso, para el tratamiento de los enfermos sería necesario el establecimiento de dispensarios especiales, en aquellos sitios, en que la enfermedad abunde.

No entrando más enfermos al país y curando los ya existentes, evitaremos nuevos contagios y a buen seguro habremos obtenido en muy poco tiempo una detención en el desarrollo de la enfermedad que más tarde se traducirá por su desaparición.

LA LUCHA CONTRA EL TRACOMA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En uno de los capítulos anteriores, al hablar de la distribución del tracoma en la República, he tenido oportunidad de referirme a las epidemias que de esta enfermedad se desarrollaron en Beriso y La Plata. Ahora me ocuparé de lo que para conjurarlas han hecho las autoridades sanitarias de la Provincia.

Siguiendo el ejemplo de lo hecho en los países europeos, la base de esa profilaxia que en la Provincia inmediatamente de proyectada y aceptada por las autoridades sanitarias, fué puesta en práctica, consistió en el tratamiento de los enfermos que se hizo obligatorio en la medida de lo posible en la forma como más adelante veremos. Así se evitaría—suprimiendo el factor más importante de propagación que es el agente causal y que existe en la secreción de la conjuntiva enferma—que la enfer-

medad se desarrollara más y al mismo tiempo se mejoraría el estado de los ya enfermos.

Ya he dicho anteriormente que se crearon dos consultorios especiales uno en Beriso en Setiembre de 1916 y el otro en La Plata en Enero de 1917.

La denuncia de la aparición de enfermos tracomatosos en Beriso fué hecha por el Dr. Jerez médico del frigorífico Swift. La Dirección de Salubridad de la Provincia consiguió de ese frigorífico que su médico hiciera una revisión de todos los trabajadores a fin de que los que estuvieran enfermos concurriesen al consultorio para su tratamiento. Y consiguió también que para que pudieran ser recibidos a trabajar los obreros presentaran un certificado médico que lo extendería el Director del consultorio y en el cual se haría constar que el obrero o empleado no padecía tracoma o en caso de padecerlo que no ofrecía peligro de contagio. Esta medida hizo mucho bien: obligó a los enfermos a curarse y determinó también que los enfermos sin trabajo se pusieran en asistencia ya que para conseguirlo era imprescindiblemente necesario el certificado.

No solamente eran obreros del frigorífico los enfermos de tracoma. El Dr. Argüello haciendo inspecciones callejeras pudo comprobar que algunos vendedores ambulantes padecían esa enfermedad. Debido a eso la municipalidad quitó a esos vendedores sus respectivas patentes y así los obligó a ponerse en asistencia, pues para recuperarla, así también como para otorgarla por primera vez era condi-

ción indispensable que el interesado presentase su certificado de no estar atacado de tracoma y en caso de estarlo, no ofrecer peligro de contagio.

Es necesario decir que esas medidas tan imperativas eran de urgencia y no se podía en ninguna forma dejar de tomarlas, pues la enfermedad que ya había hecho tantas víctimas iba en camino de propagarse más. A pesar de que en esta forma se aumentó el número de gente obrera desocupada no hay por eso que creer que por el hecho de tener tracoma se condenaba a sufrir hambre a nadie. Eso no sucedió jamás, pues el certificado médico se les otorgaba a aquellos que demostraban tener buena voluntad para curarse y asistían diariamente al consultorio y en sus domicilios de acuerdo con la prescripción médica se hacían lavajes antisépticos de los ojos. Todo se redujo, pues, a atemorizarlos, ya que en otra forma no se hubiera conseguido hacer nada y era menester proceder con energía. Exactamente lo mismo se hizo con los enfermos de La Plata.

En cada uno de los consultorios se lleva un libro en el cual se anotan: nombre y apellido de los consultantes, así como la edad, domicilio, estado, sexo, profesión, año de residencia en el país, años de enfermedad, lugar de adquisición, diagnóstico y tratamiento. Además a cada persona se le entrega una ficha con el número de orden correspondiente, nombre y apellido, diagnóstico y tratamiento.

El tratamiento de los enfermos se hace por proce-

dimientos médicos y quirúrgicos según el estado de la enfermedad.

Entre los primeros se usa el nitrato de plata en solución al 1 por 100 con el objeto de suprimir la secreción de la conjuntiva cuando es abundante y purulenta y al mismo tiempo por su acción sobre la conjuntiva enferma: cáustica por coagulación de los albuminoides y descongestionante por la contracción vascular que produce.

En aquellos enfermos cuyas úlceras de la córnea son muy profundas, a fin de que la cauterización no transforme en escara la finísima capa de córnea que ha sido respetada por el proceso ulcerativo, no se usa este medicamento, pues su contraindicación de no ser respetada en tales casos, trae la perforación total con sus graves consecuencias. Este medicamento ha dado muy buenos resultados en los casos en que ha sido usado.

El sulfato de cobre que es un medicamento usado desde la más remota antigüedad, ha dado excelentes resultados; a los enfermos se les pasa el lápiz suavemente sobre toda la conjuntiva del párpado superior, sobre todo en los *fondos de saco*. La acción de este medicamento es cáustica, exagera la hiperemia de la conjuntiva y produce una linfocitosis local produciendo una abundante secreción que favorece la eliminación del agente específico. Demás está decir que en los enfermos en estado agudo, con mucha inyección conjuntival, y secreción abundante no se debe usar, siendo mejor reemplazarlo por el nitrato de plata.

Esas curaciones hechas en los consultorios de Berisso

y La Plata eran completadas en su domicilio, por el enfermo, pues a cada uno se le entrega un papelito con 25 centigramos de bicloruro de mercurio y 1 gramo de cloruro de sodio para que disolviéndolo en 1000 gramos de agua se laven los ojos tres veces por día.

A los enfermos con complicaciones corneanas (úlceras) se les entrega una cajita con pomada de óxido amarillo de mercurio (1 %) y con sulfato neutro de atropina.

Los resultados obtenidos con ese tratamiento médico han sido óptimos. Empezados a tratar con la solución al 1 % de nitrato de plata y cuando han pasado a la cronicidad reemplazando éste, por el lápiz de sulfato de cobre se han visto enfermos casi totalmente curados, presentando solamente cicatrices y ligero panus en el sector superior de la córnea.

Los enfermos que han presentado entropión y triquiasis han sido intervenidos por el Dr. Argüello en la Asistencia Pública de La Plata y ha usado en todos los casos el procedimiento del Dr. Lagleyze que por su sencillez de técnica, poco cruento, prescindencia de anestesia general, ofrece grandes ventajas y da muy buenos resultados.

En los casos de granulaciones gruesas y numerosas la expresión con el rodillo de Knapp, ha dado resultados favorables haciendo evolucionar más rápidamente la enfermedad.

Todo eso se ha hecho para el tratamiento de los enfermos a los cuales se les ha dado instrucciones tendientes a que pongan en práctica el tratamiento general higié-

nico, tonificante, etc., recomendándoseles diariamente las medidas que deben tomar a fin de no transmitir la enfermedad a quienes los rodean.

También la Dirección de Salubridad hizo repartir profusamente una planilla de instrucción popular en la cual se consignan en un lenguaje al alcance del pueblo algunas generalidades sobre la enfermedad, sus síntomas, la necesidad de que cuando éstos aparezcan se consulte al médico, etc., etc. Se pidió también a todos los médicos que denuncien la existencia de tracoma y se procedió a la revisión de los cuarteles, cárceles y asilos; y por intermedio del cuerpo médico escolar se hizo una revisión de los alumnos de las escuelas de La Plata, Berisso y otros puntos de la Provincia. Según consta en un informe presentado por dicho cuerpo médico al Director General de Escuelas de la Provincia son muy pocos los niños tracomatosos que han sido encontrados en las escuelas.

En una reunión de la Sociedad Médica de La Plata, el Dr. Carlos S. Cometto, subdirector de dicho cuerpo, leyó una conferencia refiriéndose a la existencia de la enfermedad en los niños de las escuelas. El Dr. Cometto ha manifestado que de 7078 niños de ambos sexos pertenecientes a 32 escuelas públicas y 12 particulares (de La Plata) solo 20 eran atacados, o sea un 2.82 ‰ y 15 sospechosos. En otros partidos de la Provincia se han encontrado muy pocos enfermos. Por ese motivo no ha habido necesidad de crear clases especiales para niños tracoma-

tosos, que como se ha visto anteriormente tan buenos resultados dieron en Italia.

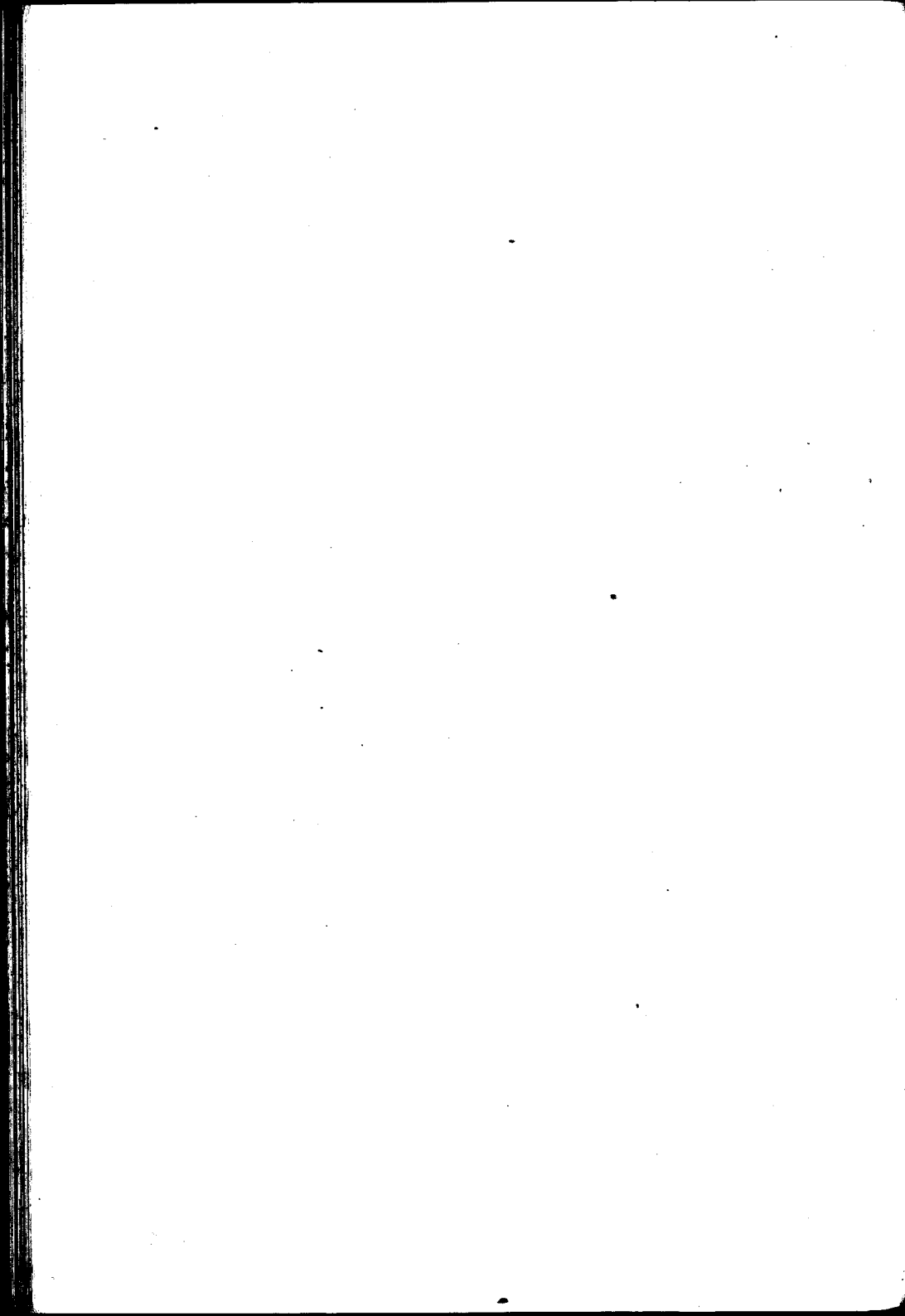
Otra circunstancia que alentó a las autoridades sanitarias de la Provincia en la lucha contra el tracoma, fué sin duda alguna la acción de la prensa, que contribuyó enormemente a atemorizar a la población, lo que determinó, como es de comprender, gran alarma, facilitando mucho así, la tarea de los encargados de luchar contra la enfermedad, pues toda persona que sintiera la más mínima molestia en su vista, consultaba lo más pronto posible al médico.

Queda así descrita la forma como se ha emprendido y lleva adelante en la Provincia de Buenos Aires la lucha contra el tracoma, habiendo demostrado así los encargados de velar por la salud pública, con cuanto celo han cumplido con su deber.

El primer Congreso Nacional de Medicina reunido en 1916, a moción del Profesor Dr. Enrique B. Demaría se dirigió al Gobernador de la Provincia de Buenos Aires y por su intermedio a las autoridades sanitarias de la misma «para felicitarles por las medidas tomadas para combatir el tracoma en La Plata e incitándoles para que análogas medidas se adopten en otros sitios también muy afectados».

ERNESTO L. OTIAZ.





Buenos Aires, Junio 4 de 1918

Nómbrese al señor Académico Dr. Eduardo Obejero, al profesor titular Dr. Enrique B. 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. 4.º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

Buenos Aires, Junio 28 de 1918

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta número 3459 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou
Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Circunstancias que favorecen el contagio del tracoma.

Eduardo Obejero.

II

Diseminación del tracoma en la República Argentina.

Enrique B. Demaría.

III

¿Qué resultados se obtiene con el radium en la conjuntivitis granulosa?

Adolfo Noceti.

30476