

# REVISTA MÈDICA HONDUREÑA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

---

DIRECTOR: DR.  
ANTONIO VIDAL

REDACTORES:  
DR. SALVADOR PAREDES P. DB. JUAN A. METÍA  
DR. MARCIAL CAOERES VTJIL

SECRETARIO DE REDACCIÓN: ADMINISTRADOR:  
DR. CARLOS M. GALVEZ DR. MARTIN A. BULNES B.

---

Año XI ; Tegucigalpa, D. C, Honduras, C, A. Nov. y Diciembre de 1940 S X" 91

---

## Profilaxis del Tracoma

Por el DR. JOSÉ GÓMEZ MÁRQUEZ,  
Ex Profesor de Oftalmología, de la Universidad Autónoma de Barcelona. —  
Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Honduras, C. A.

*(Concluye)*

En apoyo de cuanto acabamos de decir expondremos las consideraciones siguientes:

Como se sabe, desde el canal de Suez hasta el estrecho de Gibraltar, existe una gran bolsa marítima el mar Mediterráneo, cuyas riberas se hallan casi totalmente invadidas por el tracoma.

De 'estas costas la que mejor conocemos y la que más nos interesa desde el punto de vista que vamos a estudiar es la del Levante español que representamos en el gráfico N 1. Vemos aquí que desde la punta de Tarifa situada en la provincia de Cádiz hasta la desembocadura del gran río Ebro, el tracoma existe en toda la ribera; pero éste DO es igualmente frecuente y grave en todo el litoral señalado; en las provincias de Huelva, Cádiz, Sevilla, Málaga y Granada, es relativamente escaso y no demasiado amenazador; aumenta rápidamente en virulencia al llegar a las costas de Almería; se acentúa aún más al llegar a las de Murcia; sufre una ligera atenuación en las de Alicante en donde a la vez comienza a cambiar de fisonomía; se recrudece al arribar a Valencia, y aunque no por ello menos grave, entra en Castellón conservando un aspecto francamente distinto del que se observa en el Sureste la inirna intensidad; y penetrando en la provincia de Tarragona perteneciente a Cataluña, se atenúa un poco hasta las márgenes del Ebro, en donde cesa casi bruscamente. A partir de este lugar, y a pesar de que las costas de Cataluña desde el Ebro hasta Marsella se hallan en relación de continuidad con zonas francamente tracomasas, puesto que Tarragona por abajo y Marsella por arriba

.se hallan fuertemente infectadas, y aunque también están bañadas por el Mediterráneo "al que ciertos oculistas consideran como un factor esencial en la localización del tracoma" (ya volvemos sobre esta teoría interesantísima) el tracoma *propio* de Cataluña no existe. El que hay allí es *importado* y además pierde vitalidad y acaba por desaparecer espontáneamente.

El hecho es tanto más interesante cuanto que los catalanes (que por continuidad y por mediterráneos deberían de ser tan tracomatosos como los murcianos y almerienses) no solamente no padecen el tracoma espontáneo sino que no adquieren, a lo menos "mientras viven en la Cataluña exenta," el tracoma que las grandes corrientes de levantinos inmigrantes les llevan y renuevan constantemente.

Es evidente que si desde hace docenas de años millares y millares de familias tracomatosas especialmente de Murcia y Almería vienen emigrando a Cataluña y constituyendo innumerables focos de irradiación infectante se habría hecho ya toda la región tracomatosa, si no fuera porque en aquel país existe un "algo" desconocido que impide que el tracoma prenda y arraigue; y tiene que ser así porque los catalanes y los inmigrantes se funden y mezclan en la escuela, en los juegos, en el taller, en la fábrica y hasta en la intimidad del hogar, ya que muchos de los que llegan se instalan como "realquilados" en casas catalanas. Otra causa muy importante de convivencia es el matrimonio entre inmigrantes y catalanes.

Pues bien: a pesar de esta comunidad, y pese a la mezcolanza de los catalanes tracomatosos de Tarragona con los de las tres provincias restantes, el tracoma en los catalanes no tarraconenses, no existe.

El fenómeno no es tan difícil de notar como a primera vista parece. En primer lugar, los tracomatosos de Tarragona, tienen un acento idiomático inconfundible para quien lleve algunos años en el país; además, como ya hemos dicho antes, el tracoma tarraconense difiere bastante del de -Murcia o Almería. Es más "conjuntival," hipertrofia mucho los folículos de la conjuntiva pareciendo éstas más catarrales y menos tracomatosas; sus superficies son muy vellosas aterciopeladas y los folículos específicos poco abundantes; las complicaciones corneales son menos frecuentes que en otras formas y la infiltración total de los párpados menor que en los tracomas almerienses o murcianos; claro es, que el reconocimiento de estas diferencias patológicas e idiomáticas exige tiempo, y aún *así* y todo, son posibles equivocaciones groseras, pero el cuadro es éste, y los errores no demasiado frecuentes.

Aparte de los tracomatosos de Tarragona cuyo número no es grande, la observación del tracoma en un gran centro hospitalario de Barcelona, ofrece curiosas particularidades. En ninguno de esos grandes Servicios, se ven menos de cien tracomatosos al día, de los cuales por lo menos diez son nuevos.

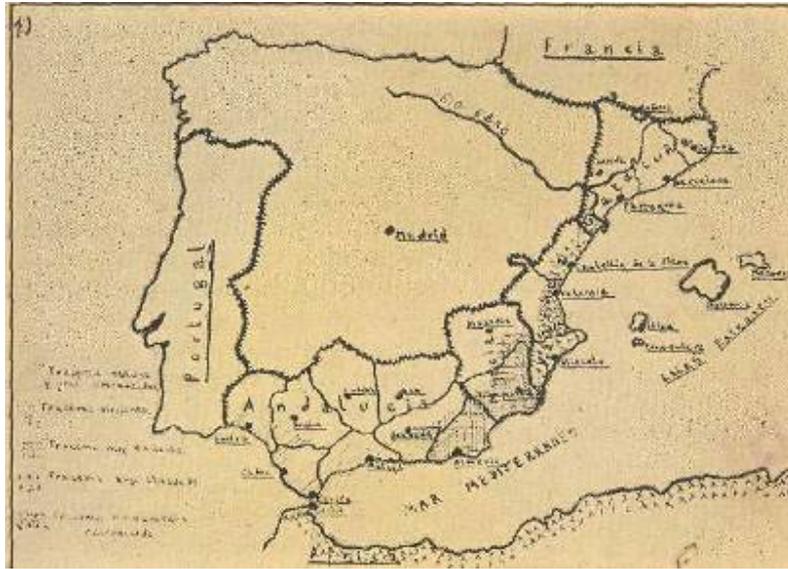


GRÁFICO No. 1

"Un diagnóstico de tracoma, permite eliminar con certeza, la catalanidad del paciente, y a la inversa el catalán nativo es seguro, que no tiene tracoma; si a un supuesto tracomatoso le oímos hablar en catalán, podremos percibir por su acento inconfundible que no es catalán nativo; si en un catalán nativo hay "algo" sospechoso en las conjuntivas, no será tracoma y el curso posterior nos dará la razón; veremos otras veces en estos sujetos, un estado de anomalía conjuntival inclasificable; este estado al que hemos llamado "tracoma frustrado," es exclusivo del cónyuge catalán de un levantino infectado, o de los hijos catalanes, de matrimonios formados, por padre o madre levantinos infectados; el interrogatorio en estos casos, confirma siempre lo que decimos."

Los mencionados hechos nos parecen tan interesantes y sobre todo tan utilizarles para el establecimiento de normas profilácticas contra el tracoma, que creemos merecen ser expuestos con relativa extensión.

Dividiremos los tracomatosos observables en un servicio hospitalario de Barcelona en:

- a) Adultos tracomatosos inmigrantes en plena actividad.
- b) Niños que llegaron a Cataluña procedentes de zonas infectadas antes de tener tres años y que han continuado en Cataluña hasta la edad adulta.
- c) Nativos casados con inmigrantes infectados; niños nacidos en Cataluña de padres uno infectado y el otro sano; niños nacidos en Cataluña de padres inmigrantes ambos infectados. La

análoga manera de comportarse el tracoma ante estos tres subgrupos de sujetos justifica plenamente el que les incluyamos juntos. De estos tres grupos pueden derivarse tres grados diferentes de la misma enfermedad.

19—*Tracoma florido*: propio de los adultos que llegaron recientemente a Cataluña, ya infectados.

29—*Tracoma<sup>1</sup> atenuado*: propio de los niños infectados que llegaron a Cataluña antes de tener 3 años.

3 o. -*Tr a coma frustrado, enmascarado o abortado*: exclusivo de las personas incluidas en el grupo c) con sus tres subgrupos.

{'Caso'-a) Adultos infectados y recientemente llegados a Cataluña (*Tracoma florido*).

- " Constituyen la inmensa mayoría de la clientela tracomatosa

de los servicios hospitalarios. El tracoma en ellos es típico y ofrece ' en toda sus detalles el cuadro de la enfermedad tal y como se describe en todas partes. Sería inútil describirlo de nuevo.

Caso b) Niños que llegaron a Cataluña ya infectados y antes de tener tres años (*Tracoma atenuado*). Conviene hacer constar que muy raramente estos niños importados a Cataluña 'desde el litoral del Levanty, español, presentan un tracoma florido. Lo habitual es que ofrezcan el cuadro de la conjuntivitis, vulgar con gran cantidad de secreción, hipertrofia aguda de las conjuntivas y la característica vellosidad de éstas determinada por una reacción folicular intensa que no deja ver ningún elemento típico de tracoma. Las complicaciones corneales, son las mismas que para las conjuntivitis agudas no específicas particularmente intensas. Es muy frecuente ver coexistir con este cuadro las flictenas que a cabalgan sobre el limbo y al cual rodean a veces en corona. Lo que en estos casos incita a la sospecha es la intensidad y persistencia de esta conjuntivitis vulgar, su abundante secreción, la extraordinaria proliferación de los folículos **con junti vades**, la concomitancia con las flictenas que como es sabido son formaciones linfoides de naturaleza escrofulosa particularmente frecuentes en los niños depauperados de esta edad, y *sobre todo y ante todo el ser hijos de padres infectados llegados a Cataluña recientemente*.

El curso de estas conjuntivitis es sumamente característico. Abandonadas a sí mismas (y el caso no es infrecuente dada la apatía y extrema miseria de los padres obligados a dejar a sus hijos en medio de la calle para ir a buscar trabajo) curan a menudo espontáneamente al cabo de pocas semanas; es fácil saber más tarde cuando un nuevo brote de conjuntivitis o una recidiva de la erupción flictenular les obliga a volver a nosotros, no sólo que no les curaren según nuestros consejos, sino que no recibieron siquiera los cuidados de limpieza **habituales**. Sometidas a tratamiento por nitratación e instilaciones de argirol curan con la misma rapidez que las agudas ordinarias.

Estos episodios no es raro que se repitan en el curso del primer año dos o tres veces quedando los niños después aparentemente sanos.

Hemos tenido ocasión de seguir al través de los años a estos niños que llegaron a nuestras manos, en las condiciones descritas, habiendo podido apreciar que entre doce y quince años (después de permanecer desde los tres hasta entonces al 'parecer' completamente bien) se nos presentaban al llegar a esta edad/de una de estas tres maneras:

19—La mayoría con conjuntiva-s y párpados de aspecto completamente normal (nos consultaban por defectos de refracción, etc.-)

—Unos pocos, con picor y un ligero grado de fotofobia. A la exploración conjuntival o no tenían nada o se veían algunas granulaciones específicas en el fondo de saco superior acompañadas, de mayor o menor número de folículos. Estas enfermos volvían al cabo de meses o años para otras cosas oculares, y a pesar de no haber hecho tratamiento alguno, no presentaban ya granulaciones.

39—Otro pequeño grupo de enfermos, el menos numeroso, ofrecía atrofia difusa de la conjuntiva con retracción de la misma y triquiasis o entropion. El trastorno mecánico se había desarrollado en ellos silenciosamente, sin fenómenos catarrales conjuntivales concomitantes.

Los niños de estos tres subgrupos constituyentes del eme hemos designado con la letra c, presentan en nuestra opinión, un interés considerable.-

En efecto: si repasamos cuanto hemos dicho hasta ahora sobre el tracoma y recordamos las ideas reinantes en la actualidad en materia de tuberculosis, veremos entre el tracoma y esta última enfermedad las más grandes analogías.

Es cierto que para la tuberculosis existen hechos comprobados por la bacteriología y la anatomía patológica que no podríamos aducir en el tracoma ya que las lesiones tracomatosas están muy lejos de ser específicas, y carecen de un germen causal como el bacilo de Kock que se ve casi siempre en las tuberculosis, aunque su especificidad se halle en estos momentos en tela de juicio. Pero juzgando por los hechos clínicos, podríamos decir: que así como el bacilo tuberculoso no parece prosperar en ciertos climas y en ciertas regiones del Globo es posible que le ocurra igual al germen tracomatoso; que así como la tuberculosis se adquiere en los primeros años de la vida cuando el niño vive en un medio abundantemente infectado, el tracoma es muy probable también que sea adquirido en la niñez si los familiares son tracomatosos, y el *lugar* es propicio para la transmisión y germinación del tracoma; que así como en la tuberculosis está ya demostrado que gran parte de las bronquitis, neumonías, meningitis y septicemias infantiles que se tenían antes por vulgares eran tuberculosis, a pesar de evolucionar como las no bacilares, es posible que un día se compruebe igualmente

que las conjuntivitis que con tanta frecuencia padecen los niños que nacen y viven en ambiente tracomatoso, son específicos y no producidas por los gérmenes que habitualmente provocan las conjuntivitis agudas comunes; que del mismo modo que después de un primer ataque no mortal de la tuberculosis sobreviene un largo período de latericia con aparente estado de salud general que por lo menos dura hasta la pubertad, los niños infectados de tracoma y transportados a lugares no favorables al supuesto germen tracomatoso, o quedan para siempre inmunes o a penas sufren como sucede con la casi totalidad de los que van a vivir a Cataluña; que finalmente y también al igual que en la tuberculosis es la regla que no padezcan la enfermedad ni los compañeros de trabajo, ni los médicos que los cuidan, ni los cónyuges, *cuando el contacto íntimo o la convivencia se realizan en ambientes, climas, o zonas, en las que el tracoma espontáneamente no existe*; no queremos con ésto afirmar como han hecho muchos autores (ni negamos tampoco) que el tracoma y la tuberculosis sean originados por el mismo germen o por otros análogos. Lo que deseamos hacer resaltar es la semejanza de muchos rasgos de la tuberculosis con el tracoma, y sobre todo, que la propagación no se hace como generalmente se admite del individuo infectado al sano, *sino que es condición esencial para que el contagio sea efectivo, que estén en presencia los factores hasta ahora desconocidos que son evidentemente necesarios, para que el tracoma reine "endémicamente" en una zona.*

No expresamos nada original ni personal con lo que acabamos de decir: manifestamos simplemente nuestra adhesión a ideas circulantes en oftalmología de hace tiempo con el nombre de "teoría mediterránea del tracoma"; la idea de considerar como factor esencial para que el tracoma se transmita de unos individuos: a otros que el contagio se efectúe en zonas determinadas, está contenida en la mencionada teoría; nosotros no hacemos más que reafirmarla con ligeras modificaciones impuestas por la clínica, y aplicarla al establecimiento de normas sanitarias, tendientes a evitar la enfermedad con mas probabilidades de éxito; a lo menos así lo creemos.

Dicen los partidarios de la mencionada teoría, que-si el tracoma, existe y se perpetúa en las costas del Mediterráneo, ello es debido no al mal estado general que suele acompañar a las pésimas condiciones de vida de los que padecen, ni tampoco a la existencia de un germen infeccioso causante de la enfermedad, sino a que -además de estas dos circunstancias, hay en las zonas costeras de aquel mar, "algo" cósmico, telúrico, climatológico o como quiera llamársele que favorece la vida del germen y por lo tanto su transmisión a individuos sometidos al conjunto de estas influencias.

Alegan los oponentes, que no todo el litoral mediterráneo está infectado, y también que el tracoma existe en lugares alejados

■de sus riberas, y aún de cualquier otro mar (sabido es que ningún Continente está exento de tracoma).

Para nosotros, ambos contendientes tienen razón; es cierto, y ya acabamos de demostrarlo para el litoral catalán, que hay zonas del Mediterráneo que no están afectadas por el tracoma; es cierto igualmente, que en lugares como Polonia, el tracoma se observa en gran cantidad, y ésto a pesar de carecer de riberas» marítimas.

La contradicción entre unos y otros, no es a nuestro juicio más que aparente; demuestra tan solo que el factor desconocido de que estamos tratando, no está como quieren "los mediterraneístas" vinculado al 'Mediterráneo, sino que además *de* en sus costas, puede existir en regiones sin contacto con el mar como en el ejemplo antes citado de Polonia, y puede estar ausente en las propias costas mediterráneas, como sucede en parte de las de Cataluña; pero ni lo uno ni lo otro se oponen a nuestra idea, de que además del germen y la disminución de defensas de quien lo recibe, es necesario que haya algo más; y en este "algo" a nuestro entender, está la clave de la profilaxia de esta enfermedad.

La argumentación espuesta hasta ahora a propósito del análisis de los hechos tal y como ocurren o se nos ofrecen, "n los casos &) y b) que acabamos de examinar, bastaría probablemente para convencer a los que no tuviesen opinión sobre este problema, o para los que dudasen acerca de la actitud en que habían de inspirar sus actos en relación con él; pero pesa tanto y tiene tanta influencia sobre nosotras lo que ya está admitido como evidente, y es tan difícil desechar prejuicios avalados por grandes autoridades en la especialidad, que nos consideramos en el caso de agotar toda la fuerza de persuasión, no de nuestras ideas sino, de los hechos, y continuar el análisis que inicialmente nos propusimos. A tales fines, examinaremos ahora el Caso c) que al principio enunciamos.

*Caso c).* La observación de los individuos en él comprendido, constituye un nuevo argumento a favor de lo que anteriormente hemos dicho. El cónyuge catalán de un tracomatoso, no adiere el tracoma "si vive en Cataluña"; el hecho no solamente es cierto sino contante y ello, aunque el esposo infectado tenga las frecuentes agudizaciones del tracoma que son universalmente consideradas como contagiosas.

Quizás sean más probatorios de cuanto venimos diciendo, no los casos de indemnidad conyugal y filial que acabamos de mencionar sino aquellos otros en los que en el cónyuge o en el hijo pasa "algo" del lado de las conjuntivas; este "algo" que corresponde exactamente al tracoma frustrado es muy expresivo y demuestra una vez más hasta qué punto el tracoma pierde virulencia al ser transplantado fuera de su lugar de residencia habitual, y concretamente a Cataluña.

Añadiremos aún a los casos enumerados, otro que titularemos d), y que es para América o por lo menos para la Central, verdaderamente interesante.

*Caso d).* Los tracomatosis transportados a Honduras cualquiera que sea el período en que se encuentren, deja de sufrir accidentes conjuntivales; sus hijos bien sean habidos entre ellos, bien entre los nativos, no padecen tracoma o a lo más presentan lo que venimos llamando tracoma frustrado. Ni qué decir tiene que si en la intimidad de la familia tracomatosis el tracoma no se transmite en Honduras a los miembros exentos, se contagiará con menos razón a los que viven a mayor distancia. Los hechos confirman esta deducción, porque no hay en los alrededores de estos focos tracomatosis, ningún hondureño infectado.

Sin embargo, sería inexacto decir que en Honduras, aparte de los extranjeros, no hay en absoluto tracoma. Desde luego, el tracoma descrito hasta ahora con los caracteres que comúnmente se le asignan, está en absoluto ausente de este país.

No obstante, es posible observar en ciertos lugares un padecimiento conjuntival leve, exento de complicaciones corneales, que presenta el aspecto de lo que vamos a describir en seguida con el nombre de Tracoma frustrado, y que como antes dijimos, hemos observado en Cataluña en cónyuges, o en hijos de tracomatosis nacidos en aquel país. Los sujetos que presentan este padecimiento, no provienen de los lugares en que se hallan establecidos los tracomatosis extranjeros, ni tienen relación con ellos. No es posible imputar la afección a un contagio exógeno y reciente. A nuestro parecer, se trata de un tracoma degenerado, incapaz de dar complicaciones o de reavivarse, y procedente quizás del tracoma por lo que los españoles en la época de la conquista.

No nos ha sido posible obtener datos, acerca de la procedencia de la masa de los soldados españoles en Honduras, ni tampoco del lugar o lugares que habitaron más tiempo, o donde hubiesen podido dejar más descendientes. Lo cierto es, que las personas que según nuestro parecer se hallan afectas del tracoma frustrado no están distribuidas al azar por todo el Territorio de la República, sino que habitan en determinados lugares, en donde de ser cierta nuestra suposición, la vida del germen aunque precaria puede hacerse, así como por analogía telúrica con los países en que el tracoma florece.

La semejanza con lo que entendemos por tracoma frustrado es tan grande, que cuando nos viene al espíritu la idea de eme nos encontramos ante él, preguntamos como en Cataluña, por los antecedentes de origen; y así como allí inevitablemente nos encontrábamos con que los individuos sospechosos aunque nacidos en Cataluña eran hijos de madre o padre levantinos, aquí, siempre nos encontramos con que estos sujetos proceden invariablemente, de Pespire, Orocuina, Comayagua, o de alguna de las localidades

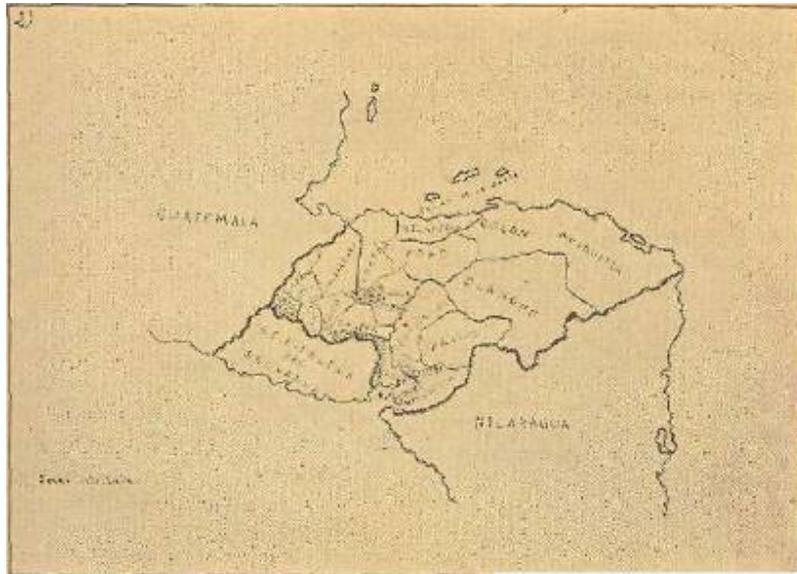


GRÁFICO o. 2

próximas a la frontera con la República de El Salvador. Pero lo notable del caso, no es sólo esta distribución, sino que en salvadoreños de origen, hemos podido apreciar y también con la misma débil intensidad, el síndrome que estudiamos. En el croquis NP 2, puede verse la distribución de este levísimo padecimiento. Por lo que respecta a El Salvador, no hemos podido hasta ahora, determinar si en su repartición ofrece alguna analogía con lo que se ve en Honduras.

La sintomatología del tracoma frustrado se ajusta al siguiente cuadro: •

Aperturas palpebrales desiguales aunque no siempre; picor y escozor intermitentes en uno o en ambos ojos con o sin enrojecimiento pero sin secreción; carencia de complicaciones corneales. Las conjuntivas sin estar propiamente enfermas, no son normales; su aspecto es inconfundible. La mayoría de signos recaen en los párpados superiores; la afección es siempre bilateral. Tanto si hay pseudoptosis como si no, los párpados son más finos, más delgados que lo que deberían ser con arreglo a la constitución tisular general del sujeto observado; a veces esta delgadez trae a la mente la idea de que estos párpados a penas tienen esqueleto, parece como si estuvieran constituidos de papel o de pergamino grueso; ransversando el párpado superior se advierte que la altura del cartílago tarso es menor que la que correspondería al volúmen general, de los anexos de aquel ojo; el párpado está adelgazado y flexible tanto que se deforma fácilmente el fondo de saco superior que no pre-

senta granulaciones tracomatosas ni cicatrices específicas esa acortado, tiene evidentemente menos pliegues de los que le corresponderían y está menos desenvuelto de lo que normalmente, debería estar; la conjuntiva palpebral a su vez es lisa pero está anémica y sobre 'todo extraordinariamente adelgazada viéndose muy bien a través de ella los detalles del tarso igualmente atrofiado que hay debajo. No se limita la conjuntiva a estar más o menos adelgazada atrofica y pálida;' en algunos casos particularmente avanzados, más que rosada parece tener un leve tinte blanquecino o más bien grisáceo difuso; los vasos de esta conjuntiva palpebral no son rectilíneos ni tortuosos ni están ingurgitados; todo se reduce a que han perdido el paralelismo entre sí y en lugar de dirigirse verticalmente desde el borde superior del cartílago tarso hacia el borde palpebral (hacia arriba en el párpado superior estando éste ransversado) parece seguir un curso anómalo, convergiendo todos hacia el centro de dicho borde; parece como si la atrofia conjuntival que evidentemente existe les hubiera dislocado en su movimiento de retracción cicatricial difusa. El curso de la enfermedad es siempre el mismo; nunca 'complicaciones corneales; todo se limita a las ligeras molestias relatadas más arriba que por otra parte tienen escasa duraVón e intensidad. Jamás dan estos casos origen a pesar de predominar en ellos una cierta cirrosis de la conjuntiva con la retracción cicatricial consiguiente a estropion o triquiasis, por ser aquélla muy ligera.

No existe tratamiento para esta enfermedad; no lo necesita; las pequeñas molestias, que produce, desaparecen en poco tiempo espontáneamente.

La levedad de estas formas se explica por el hecho de que su agente causal, transportado a zonas poco favorables -a su desarrollo debe haberse debilitado y degradado perdiendo como sucede a otros gérmenes colocados en circunstancias análogas la posibilidad de desenvolver su antiguo poder patógeno y transmitir la enfermedad original.

El fenómeno se nos representa no solamente con las analogías que tiene con otros referentes a la vida de las bacterias observables tanto en el laboratorio como en la clínica, sino también con un carácter de generalidad tan evidentemente ligado a las manifestaciones de la vida toda, que no acertamos a comprender cómo no haya sido señalado antes y aplicado entre otras muchas cosas a la profilaxis de la enfermedad tracomatosa.

Por lo que afecta a las características vitales de los gérmenes en general, nos bastará con recordar lo que todos; saben, es decir: que cada germen necesita vivir en un medio apropiado y que su resistencia ante todos los agentes 'Conocidos varía enormemente de unos a otros. Mientras los hay que viven en plena Naturaleza soportando los embates del calor o del frío, de la humedad o la desscación, etc., otros no pueden vivir más que en determinados me-

dios de cultivo y aun así rodeados de cuidados especiales que varían para cada uno de los gérmenes o especies. Otros menos delicados que estos últimos se desarrollan cuando el medio no es óptimo pero lo hacen de una manera lánguida e imperfecta tendiendo siempre a desaparecer espontáneamente.

La atenuación de los gérmenes o la exaltación de su virulencia cambiando sencillamente el medio en que han de vivir es suficientemente conocida para que tengamos que insistir sobre ella.

Esto por lo que se refiere al laboratorio; en cuanto a la clínica, bástenos recordar la historia de la rabia y los fundamentos de su tratamiento y a la del B C G obtenido a base' de la atenuación del propio germen tuberculoso haciéndolo vivir largo tiempo en un medio especial en donde acaba por perder gran parte de su virulencia y capacidad de contagio, para que se comprenda que al hablar del tracoma en la forma que venimos haciéndolo lejos de separarnos de los conocimientos universales, no hacemos más que apoyarnos en lo que en todas partes se nos ha enseñado.

Por lo que se refiere a los seres más complicados a los que están en las escalas vegetal y animal más elevados que las bacterias, no podemos observando las características de sus vidas que hacer otra cosa que, que repetir lo que ya hemos dicho parados agentes microscópicos de que venimos hablando. Plantas y animales de todas tallas, especies y edades transportados de unos lugares de la Tierra a otros degeneran con frecuencia y muchas veces mueren. ¿Qué de extraño puede tener que las bacterias) que según se admite generalmente pertenecen en su mayoría al Reino Vegetal degeneren y mueran al ser trasladadas de unas a otras tierras? ¿Y por qué el tracoma o mejor dicho ,vé germen iba a ser una excepción?

Podría argüirse o que no es cierto que el tracoma sea infeccioso, (io que dada su manera de comportarse *en los lugares en que se padece endémicamente*) nos parece poco menos que insostenible o que no es lo mismo considerar a un germen que se cultiva en el laboratorio que al que ya habita en el organismo a quien infectó; creemos no obstante, que aun para esas dos objeciones bastaría con lo que antes hemos dicho sobre la manera de comportarse el tracoma en Cataluña y en América, para que quedaran destruidas; pero por si no se estimasen bastante expresivos, vamos aún a dar nuevos hechos cuya comprobación está al alcance de todo el mundo, y que esperamos se consideren a la vez como nuevos argumentos a favor de cuanto estamos diciendo:

1<sup>o</sup>—Las costas de España en Levante, están en su casi totalidad infectadas de tracoma; este es endémico en la mayoría de las poblaciones del litoral. Las comunicaciones con Madrid son rápidas, fáciles y económicas. El número de tracomatosos que van y vienen a Madrid desde esos lugares cada año, para sus negocios, es enorme; alcanza millones; durante su estancia en Madrid estos

levantinos no sufren reconocimiento alguno, ni tienen obligación de tratar su enfermedad, ni se someten a restricción alguna en su acceso a los lugares públicos, ni a la menor limitación en la elección de sus alojamientos; a veces permanecen semanas en habitaciones ocupadas además de por ellos, por otros individuos de SfU misma región, o de otra, e infectados o no; en los alojamientos modestos, los lavabos por ejemplo son comunes a todos los ocupantes de una habitación; en casos extremos, hasta las tohallas para secarse las manos y la cara. Otros muchos miles vienen teniendo acceso a Madrid desde hace siglos y se instalan y viven allí indefinidamente; pues bien: en Madrid no hay *-más* tracoma que el que tienen los que lo llevaron de Levante y tanto más atenuado cuanto mayor es el tiempo transcurrido desde su instalación.

2—Marsella, es orno de los puntos del Mediterráneo, más fuertemente infectados por el tracoma; podríamos decir de los marselleses con relación a París, lo que hemos dicho de los levantinos con relación a Madrid; tampoco en París hay tracoma; si por excepción sé ve algún caso, podemos estar seguros de que el enfermo es de Marsella o de las posesiones francesas del norte d África, como Túnez y Argelia, regiones fuertemente tracomatosas.

3—*Cbií* referencia siempre al tracoma podemos creer decir que nuestra tarea en cuanto a su asiento, distribución y repartición habría terminado con lo que acabamos de decir sobre Cataluña, París y Madrid; sin embargo, no queremos finalizar esta parte de nuestro trabajo, sin hacer alusión a hechos de la misma naturaleza que se dan en todo el Mediterráneo infectado. Sin más que echar una ojeada sobw el mapa Ni\* 1, podremos colegir de qué se trata; vemos por éste que todos los países que abocan al Mediterráneo, excepción hecha tñe la Cataluña septentrional, están invadidos con mayor o menor intensidad por el tracoma; pero nótese, que esta invasión se refiere única y exclusivamente a las riberas marítimas; a partir de una faja más o menos estrecha de éstas según los diferentes países, el tracoma se va atenuando lenta y progresivamente y de manera espontánea; y sin que intervenga ninguna acción sanitaria, puesto que el tránsito desde las orillas del mar hacia el interior no ofrece traba alguna, se debilita en intensidad y número de atacados, hasta desaparecer completamente, en el interior de cada nación; no obstante, el germen, las malas condiciones 'higiénicas y las causas individuales de debilitación, subsisten a pesar de este alejamiento, lo que parece indicar de una manera terminante, que en las proximidades del mar para todos lo?; lugares costeros menos para Cataluña, y que en Polonia antes citada, coexisten los factores necesarios y suficientes para que el tracoma .se desarrolle y persista; y como lo único que puede variar de la periferia al centro son las condiciones climatológicas, imputamos a éstas el papel preponderante que buscamos, en lugar de echarnos a buscar o pensar en algún otro.

4—Otro hecho final que a nuestro entender no solamente 'revela la importancia de este factor que buscamos sino que robustece la idea de que el tracoma es una enfermedad infecto-contagiosa nos lo da la observación de lo que ocurre con otras enfermedades igualmente infecciosas, y en especial el cólera y la peste bubónica.

El comportamiento de estas dos enfermedades, no probablemente microbianas, sino infecciosas y contagiosas, con gérmenes perfectamente identificados y conocidos, es de los más 'expresivos. Cerno el tracoma, el cólera y la peste bubónica, tienen su *nacionalidad* propia; viven en Asia y dentro de ésta, muy especialmente en las desembocaduras de los ríos Ganges e Indo; como el tracoma, están confinadas en las riberas marítimas y en las fluviales próximas al mar; como aquél son más graves y atacan a mayor número de individuos en las proximidades de las aguas; y también como la enfermedad que venimos estudiando, tienen "Su Reino" del cual habitualmente no salen. Hacia los lados de las regiones endémicamente afectadas y hacia el Norte, tierras adentro, estas enfermedades se van atenuando hasta desaparecer "por propia voluntad" y por completo.

De vez en cuando y por causas no bien determinadas, estas enfermedades habitualmente endémicas en los países en que "reinan" se exacerban, presentando fases críticas o epidémicas; al actuar de «ste modo, no hacen más que comportarse, como otra enfermedad endémica entre nosotros, la fiebre tifoidea, que ofrece iguales caracteres; lo mismo hace el tracoma; de endémico se transforma de vez en cuando en epidémico pero sin salir de los lugares habituales. ¿No es ésta una hipótesis casi cierta de que el tracoma es infeccioso aunque no conozcamos aun su agente causal?

Pero sigamos con aquellas enfermedades, para ocuparnos de accidentes relacionados con ellas que a nuestro juicio tienen una importancia fundamental en relación con el problema que estudiamos. De vez en cuando, surge en alguna población generalmente marítima, una epidemia de cólera o de peste bubónica; las autoridades del puerto de que se trate, investigan inmediatamente y siempre encuentran para la peste por ejemplo y casi constantemente, que un barco recientemente llegado de cualquiera de los puertos considerados como cuna de esta enfermedad o procedente de otros que accidentalmente están contaminados, estaba infectado de ratas portadoras de los gérmenes bubónicos; la desratización del barco sospechoso, el aislamiento (siempre desde el punto de vista microbiano relativo) acaba rápidamente con el mal; la peste se extingue casi recién llegada. ¿Es que hemos dado fin a todas las ratas portadoras y además hemos terminado con todos los gérmenes? No debe ser así, porque si las medidas puestas en práctica fueran tan eficaces como con una credulidad un poco infantil

admitirnos, es evidente que otras enfermedades contra las que empleamos iguales medios quedarían también localizadas; y no tendríamos epidemias mortíferas de gripe por ejemplo, que se suelen acabar cuando han pasado por la casi totalidad de la población, ni otras análogas; lo que ocurre "es que ni el cólera ni la peste se encuentran *a gusto* entre nosotros," y el éxito brillante de nuestras medidas, mas que en éstas, cuya eficacia relativa no puede negarse, está en la rápida y espontánea disminución y cesación después, de la virulencia de un germen, que en climas extraños no encuentra lo- que por lo visto es indispensable para él, y "se muere solo."

Así el tracoma en el interior de los países cuyas costas habitualmente infecta, muere en el interior y también en América Central o por lo menos en la mayor parte de los países de Centro América.

#### *PROFILAXIS RACIONAL DEL TRACOMA*

No es pues muy probablemente la ausencia o escasez del tracoma en América o la atenuación y falta de complicaciones y contagiosidad que aquí se observan en esta enfermedad la prueba brillante en que muchos creen de la eficacia de nuestras medidas antitracomatosas, sino una feliz casualidad que hace, que aquí no haya lo que el tracoma necesita para desarrollarse y extenderse; de ahí la necesidad que al principio de este trabajo apuntamos, de disminuir o de hacer cesar, *fuera* de los lugares de origen, la terrible persecución de que hacemos víctimas a los tracomatosos, sólo comparable por su encarnizamiento y fiereza con la que en la Edad Media se hacía contra los leprosos y ¡quien sabe si con los mismos fundamentos!

En lugar de tal investigación policíaca, hay que estudiar como hacen los agrónomos, qué tierras son propicias a la germinación del tracoma, y cuáles no; y mientras no lo sepamos, dejar vivir a los pobres tracomatosos en todos aquellos lugares en donde una experiencia forzada ha demostrado que no son nocivos, y suprimir todos los gastos que el pretendido aislamiento trae consigo y con ellos y entre otros, la multitud de dispensarios antitracomatosos enclavados en zonas donde el tracoma por sí solo no se contagia; nómbrese como pedíamos en nuestra comunicación al Congreso Internacional del Cairo una comisión libre de prejuicios que vaya a Barcelona en donde la experiencia ya está hecha y se está renovando diariamente, para que vea por sí misma como ni en los niños de las escuelas, ni en los talleres, ni en las fábricas, ni en los dispensarios de Oftalmología, centros todos comunes a infectados; y sanos, encuentra un solo caso de contagio imputable a esta convivencia que tanto se teme, y en cuya desaparición tanto se confía.

Que vea esa comisión para qué sirve el pomposo "Dispensario antitracomatoso de la facultad de Medicina" que investigue en donde se explora y cura a los tracomatosos, y se dará cuenta, de que todos ellos concurren a los dispensarios comunes y conviven durante años con otros enfermos crónicos de otras lesiones, sin hacerles el menor daño; y entonces creemos que esta comisión se dará cuenta, de la razón que nos asiste al aconsejar que se supriman los millones de dólares que cada año se tiran en esa profilaxia inútil y ridícula, mientras quedan sin atender y sin crear siquiera, los centros adecuados para llegar a la enjundia del problema, y se multiplican en cambio todos los medios de prevención y de asistencia que sean necesarios y son muchos, *dentro de las zonas en donde de modo natural, la enfermedad es endémica*. Que se estudien en primer término los países americanos naturalmente hostiles a la vida del germen y que en vez de impedirse el acceso de estos desgraciados tan injustamente perseguidos a las América<sup>s</sup>, se estimule y recomiende y facilite por el contrario su emigración, con lo que saldrán beneficiados en su curación, no perjudicarán a nadie, y fecundarán con el esfuerzo de una nueva vida llena de optimismo y alegría, tantas tierras de América que o no progresan o lo hacen muy lentamente por falta de brazos. Podría >tecirse lo mismo que, para el tracoma, de la tuberculosis y escrófula oculares así como también de las complicaciones oculares de la hipertensión ocular y quien sabe si de la general, que en Centro América o más concretamente en Honduras, no se conocen.

Y para terminar repetiremos lo que tantas veces hemos dicho o dado a entender a lo largo de este trabajo: si en relación a la profilaxis del tracoma referida a los países en que éste espontáneamente no tiene tendencia a persistir somos absolutamente opuestos a que continúen en vigor las medidas preventivas actualmente en uso, estamos completamente de acuerdo en cambio con todo lo que se viene haciendo para curarlo y evitar su propagación en las zonas en que es endémico; lejos de combatir esta orientación, creemos que debe incrementarse a cuyo fin entendemos que gran parte de los recursos que se gastan inútilmente en evitar que el tracoma se propague a los países en donde *naturalmente* él no puede vivir, se apliquen a ampliarlos en muchos casos insuficientes, que se emplean para combatir el mal, dentro de las zonas tracomatosas. (1).

---

(1) Creemos que el buen sentido del lector hará exclusión cuando hablamos de América como lugar recomendable para la curación del tracoma y para la inmigración de los tracomatosos, de aquellas regiones como ciertos estados de América del Norte, y otros como por ejemplo el Norte del Brasil en donde el tracoma parece ser endémico.