

SOBRE PROFILAXIS DEL TRACOMA

(Para la Sección Higiene y Medicina Social del Vº Congreso Nacional de Medicina — 1934)

POR EL

Dr. Juan M. Albarenque

La numerosa familia de enfermedades de origen desconocido, va reduciéndose de día en día, a medida que el ojo del investigador amplificado por los poderosos medios de la óptica, penetra hasta más allá de lo infinitamente pequeño, o a medida que las reacciones bioquímicas, ponen en evidencia hechos que pasaban desapercibidos bajo el secreto con que la naturaleza se complace en incitar la curiosidad del hombre de estudio.

El descubrimiento asombroso de una vida microscópica, iluminó con luz de esperanza el campo antes sombrío de la patogénesis, apareciendo con formas corpóreas, tangibles y características, los agentes de muchas enfermedades. Pero otras, siguieron hasta hoy, bajo este punto de vista, envueltas en sombra impenetrable.

El ingenio humano, buscó más allá del horizonte de la microscopía y se encontró con que los seres microscópicos, eran a su vez presa de otros muchos más pequeños, ultramicroscópicos. (Ya antes se había dado una explicación con los "virus filtrables"). Mirando hacia otro rumbo, se constata, para una serie de males, la influencia de las perturbaciones bioquímicas en general y hormonales en especial. Pero estas mismas perturbaciones bioquímicas, ¿no son a su vez el efecto de los seres microscópicos, o ultramicroscópicos, sobre los órganos, especialmente sobre los órganos glandulares? Las disfunciones suprarrenales, por ejemplo, ¿no son, acaso, en la mayoría de las veces la consecuencia de una localización sífilítica o tuberculosa? La perturbación humoral, considerada como causa patogénica, resulta así efecto, y uno de tantos síntomas en el cuadro semiológico.

El terrible problema del cáncer, que absorbe la atención del mundo científico, si ha de resolverse algún día en su faz patogénica — ha de ser por el recurso de la bacteriología, pese a los primeros resultados de las experiencias, muy respetables, de la influencia de ciertos rayos del espectro solar sobre los animales, cuyos rayos no son más que coadyuvantes del verdadero agente patógeno del cáncer, o productores eficientes de un cuadro morbozo confundible o idéntico, con una de las formas de la “familia de los cánceres”, formas que no obstante su identidad clínica e histopatológica, tienen tan diversa manera de comportarse ante los agentes terapéuticos (radium, electro y fototerapia, etc.), que nos obligan a admitir la posibilidad de que la familia del cáncer, se disgregue con el tiempo en otras tantas entidades patológicas, como ya ha sucedido en el curso evolutivo de la medicina con otras enfermedades: escrófula, reumatismo, clorosis, diabetes y la tan socorrida *debilidad general*.

Y bien: contra todos esos flagelos morbosos, se ha defendido la humanidad por medio de estos dos grandes recursos: la *profilaxis* y la *terapéutica*.

La *profilaxis general*, casi siempre empírica, y la especial, racional y verdaderamente científica que parte del conocimiento del agente causal y llega a la inmunidad por la vacuna o el suero.

En ocasiones, la terapéutica ha precedido a la vacuna como en la sífilis, y en otras la vacuna inmunizante se ha anticipado al descubrimiento del agente causal, como en la viruela.

Es que la Medicina, se nutre y desarrolla, tanto con los descubrimientos metódicos y científicos, como con el empirismo discretamente seleccionado y a veces hasta con las revelaciones sorprendidas de la casualidad.

No obstante, queda allí en la penumbra, una serie de enfermedades algunas pasibles de los recursos terapéuticos, dominables o semidominables en su evolución; otras, apenas estorbadas en su propagación por los medios comunes de la profilaxis general, guardan celosamente el secreto de su origen y escapan por consiguiente, a la profilaxis especial, definitiva, mediante la vacuna o la autoinmunización. Algunas sobrepasan la zona del interés individual, para constituir una *plaga social* y una importante cuestión de interés público; tal el

Tracoma = (1)

El *Tracoma*, llamado también conjuntivitis granulosa, y oftalmía egipcia - data de antiguo. En un "papiro de Ebers (1550 años antes de J. C.) se habla de una oftalmía muy extendida en Egipto, cuyo principal carácter era el edema de los párpados y cuyas consecuencias las constituían el entropión y la triquiasis" (2) - (Marín Amat).

El mismo autor señala las fechas relativas a la conquista de Egipto por Cambises (525 años antes de C.), Heródoto (450 años ant. de C.) las épocas de Hipócrates, Celso, Galeno y Pablo de Egina, en que los historiadores antiguos consignan epidemias, caracteres y tratamientos primitivos de la enfermedad, algunas de cuyos tratamientos han llegado hasta nosotros y subsisten aún.

Cicerón, Horacio y Plinio, sufrieron de tracoma.

En la época de esplendor del Imperio Romano se padecía de tracoma, el que se hallaba muy extendido entre sus habitantes. (3)

A fines del siglo XVIII ya existían focos aislados de tracoma en todas las naciones de Europa, la cual "toda entera vuelve a reinocularse de la oftalmia egipciana (principios del siglo XIX) — con motivo de la vuelta de Egipto de los Ejércitos de Napoleón — los cuales inocularon y esparcieron centenares de miles de casos. (4)

Cóviene sin embargo advertir, que hoy en día sabemos, según trabajo del profesor de Oftalmología de Cuba Dr. Santos Fernández (5) que bajo el nombre de Oftalmia Egipciana, se ha comprendido un sin número de simples casos de oftalmia purulenta, especialmente a gonococo. La hipertrofia papilar, el *gran edema* de los párpados, los leucomas, retracciones cicatriciales y deformidades parpebrales de esta afección, han sido imputadas al tracoma.

En verdad, el tracoma puro, no presenta en su principio, caracteres de agudeza alarmante. Estos son debidos a asociaciones secundarias. La preocupación del bajo pueblo egipcio, de conside-

(1) Del griego: quiere decir áspero. — Llamada así por Dioscoride (40 años ant. de J. C.).

(2) "Tracoma y sus complicaciones" por el Dr. Manuel Marín Amat.

(3) Marín Amat. ob. cit.

(4) Marín Amat, Ob. cit. Fuch. Tratado de Oftalmología.

(5) "Revista Cubana de Oftalmología".

rar a las moscas como seres sagrados, permitía a estos insectos posarse impunemente sobre los ojos de los enfermos, desde donde trasmitían los gérmenes piógenos a los ojos sanos, difundiendo la llamada oftalmia egipciana, en forma de epidemias agudas. De las grandes epidemias pos Napoleónicas — por ejemplo — habría que descartar, millares de casos de oftalmias purulentas. Con todo quedaría un amplio margen para las epidemias verdaderamente tracomatosas. (6)

Otros autores hacen provenir, no del Sur sino de Oriente las epidemias tracomatosas de Europa. Desde Japón, China, India y Arabia al pueblo judío (terreno de receptividad y de difusión notabilísimos) y de allí por las Cruzadas, a Occidente. En tal caso, el tracoma sería compatriota de la peste bubónica y del cólera.

Como quiera que sea, el tracoma ha tomado carta de ciudadanía en muchas naciones europeas: Rusia, Rumania — Costa del Mediterráneo y Adriático — Países Bajos, etc. (7), de preferencia lugares de terrenos húmedos, vegetación exuberante y mejor si el clima es cálido. No hay nación del mundo que no le rinda tributo — habiendo recrudecido el mal en las que intervinieron en la guerra del 14. Secundariamente han sido invadidas regiones de América, Estados Unidos, Costas del Caribe — Centro América — Brasil — Argentina y de esta, algunas regiones del litoral — Córdoba, Tucumán, Santiago del Estero y aún La Rioja (no obstante su suelo y clima secos) pero siempre, preferentemente, zonas húmedas, de rica vegetación y de clima más templado. Tucumán y Santiago nos ofrecen numerosos casos de lo que en nuestra clínica llamamos tracoma jugosa o exuberante o “tracoma tucumano”, de aspecto gelatinoso, edema pronunciado — rica vascularización, grueso panus, honda infiltración y ulceraciones corneanas (8) (caso siempre asociado).

Predomina la enfermedad en ciertas colonias extranjeras: españoles, sirios, árabes en general — israelitas, rusos, italianos (9) extendiéndose paulatinamente a los argentinos, tanto adultos como a la población escolar. (10 y 11)

(6) Dr. Albarenque — Conferencia sobre Tracoma — Año 1925.

(7) Michel — Vereanus — Archives d' Ophthalmologie.

(8) Prof. Albarenque — Conferencia sobre Tracoma. Año

(9) Prof. Urretz Zavalía. — Comunicación sobre el Tracoma. Año

(10) Prof. Albarenque. — “Inspección higiénica escolar”.

(11) Prof. Laje Weskamp. — “Inspección Oftalmológica”.

ALGUNAS CIFRAS ESTADÍSTICAS

Cuatro procedimientos pueden aplicarse para determinar el índice de tracomatosis de una región:

- 1°.) Procedimiento del *censo total*.
- 2°.) Determinación del porcentaje escolar.
- 3°.) Determinación del porcentaje de conscriptos en el momento de la incorporación.
- 4°.) Determinación del porcentaje de tracomatosis sobre el número de enfermos oftálmicos.

Ni en los distintos países, ni aún en un mismo país se ha aplicado uniformemente el mismo procedimiento; cada observador ha aplicado indistintamente uno u otro. Casi no hay estadísticas oficiales. Las mismas publicadas por la sección higiene de la Sociedad de las Naciones son harto defectuosas.

El método más seguro sería el del censo total, aunque el más difícil; sin embargo es el único que puede dar un índice general y verdadero, digno de servir de base a un gran plan general de profilaxis para un país. Es el *censo de Morbilidad*, que necesita la Argentina, ya propuesto por el que suscribe y aprobado en uno de los Congresos Universitarios Anuales, el reunido en Santa Fe.

No hay país que no tenga su foco de tracoma, como no hay país que no tenga alguna región indemne.

Las cifras que se anotan a continuación son por lo general las máximas, que corresponden a puntos más atacados en un país o región, ya que es necesario determinar preferentemente las bases fuertes del adversario, y por ellas calcular el poder del enemigo y la acción que habrá que desplegar para combatirlo:

A S I A

Siria y Líbano (26) *Beyrouth*: 58.9 % de la población oftalmológica; (según Perilongue unos 3.750 granulosos).

Saída: 20 % en las villas cristianas, hasta el 80 % en las demás:

(26) Moraxe y Petit. Ob. cit.

Palestina:/ Jasski. *Jerusalén*: 39.2 % de la población escolar.

Jaffa: 73.— % de la población escolar.

Tiberiades: 81.— % de la población escolar.

Estas cifras han sido reducidas después de la campaña anti-tracomatosa.

Arabia. *Bagdad*: 80. % de la población general .

India. *Calcuta - Madras - Bombay*: 10 a 20 % sobre los oftalmicos.

China. *Canton Hong Kong*: 70 % de la población general.

Tonkin: 52.20 % de la población general.

Annam, parte norte 46 %; al sur hasta el 85 % de la población general.

Cochinchina: En los escolares 17.4 %. Prisiones y Milicias 29 %.

Japón: (según Soské Miyaschita) el 10. al 20 % de la población total del Japón es tracomatosa:

A F R I C A

Egipto: (Según Jacobidés) En la población escolar son tracomatosos: 70 % en la clase pobre, 55 % en la clase media, 35 % en la clase rica. En algunas escuelas: sobre 969 examinados, 952 tracomatosos.

Trípoli: A raíz de la ocupación italiana: 85 % de la población escolar. Habiendo descendido al 50 %, ya en 1912. Continúa en descenso.

Tunez: (Según Guenod) 50 % de tracomatosos en los enfermos oculares de su clínica.

Gafsa, 90 % de la población indígena es granulosa en *Fozer* 96 %; en *Nefta* 98 %. (De 175 sujetos tomados al acaso, 172 eran granulosos). En *Tozer* el 90 % de la población escolar indígena es tracomatosa.

Algeria: En algunos oasis, el 97 % de la población general es tracomatosa. Del *tracoma activo* corresponde 87.4 % a niños menores de un año.

Marrueco: *Casablanca*: en un período de 5 años, sobre 53.905 enfermos oculares, 70 % eran tracomatosas.

Africa del Sur: Entre los boers 50 % de los enfermos oculares es tracomatoso.

E U R O P A

- Rusia*: (Según Botschkowski) 9 % en Petrogrado a 50 % de la población general, en la región de Kazan.
- Checoslovaquia*: Regiones: 50 a 95 % de la población general.
- Polonia*: (Según Hirschberg) 12 % de la población general.
- Finlandia*: 2 % de la población general.
- Serbia: Belgrado*: 14.2 % de las consultas oftalmológicas.
- Zenona*: 22 % de la población.
- Rumania*: Bucarest: 10 %; *Moldavia*: 50 % de la población general, *Bulgaria*: Del 1 al 20 % de la población general.
- Italia: Sicilia y Cerdeña*: 30 % de la población general.
- España*: del 5 al 25 % en el litoral.
- Alemania*: Puntos infectados del 8 al 15 %.
- Austria*: La antigua Austro Hungría tenía hasta el 11 %; ha bajado al 2 %.
- Holanda. Amsterdam*: 1.4 % de la población escolar.
- Grecia*: Según Níco Dascalopoulos) Del 5 al 28 % (Sobre tracomatosis de la armada. Van Mitingen da hasta 450 ‰ de los oftálmicos.
- Bélgica: Bruselas*: 8 %; Lieja 16 %; Courtrai 80 % de la población escolar.
- Inglaterra*: Propiamente dicho 0.6 %; Escocia 0.9 %; Irlanda 2.6 % (s/Genod).
- Suecia, Noruega y Dinamarca*: 0.2 %.
- Suiza*: Indemne.
- Francia*: Diseminado en la mayor parte del territorio con especial intensificación en las regiones del norte azotadas por la guerra y en las costas del Mediterráneo, sobre todo en Marsella.

A M E R I C A

- Estados Unidos. Nueva York*: 4 % de los oftálmicos son tracomatosis. *Chicago*: 3.8 % de los oftálmicos. En las regiones de Missouri 10.000 tracomatosis. Entre los negros, sobre 39.231 examinados, 8940 resultaron tracomatosis; en *Illinois*: 9 % de los ciegos lo son por tracoma.
- Canadá*: El 3.6 % de los oftálmicos es tracomatosis.
- Cuba*: En Pinar del Río: 700 escolares enfermos sobre 2500. En Habana 700 niñas tracomatosis sobre 3000.

Escapa a la índole de esta exposición, el estudio de las formas clínicas del *tracoma*. Pero no podemos dejar de mencionar las que nosotros reconocemos como tales después de una larga experiencia clínica a través de treinta años de observación: forma *papilar*, forma *granulosa* y forma gelatinosa, todas con complicaciones comunes; desechando por errónea la forma *catrical* — del Prof. Teodoro Axenfeld — ya que ella no es una forma, sino un estado o período en la evolución, (la final) común a todos los otros tipos clínicos. (12).

Y me permito llamar la atención, como ya lo hice más arriba respecto del cáncer, sobre el hecho curioso e interesante de que tracomas de *apariciencia* idéntica, difieren fundamentalmente sobre la manera de comportarse respecto de los métodos curativos.

Después de muchos ensayos, he dado con un procedimiento terapéutico, al cual debo y deben los especialistas que me han seguido en la clínica, éxitos muy satisfactorios en casos de tracomas abandonados por rebeldes. Sin embargo, ese mismo procedimiento ha resultado poco menos que inocuo, en casos clínicos indiferenciables de aquellos.

¿Es que dentro de la denominación de tracoma, o mejor: dentro de la patología tracomatosa, existen entidades morbosas distintas que aún no hemos logrado diferenciar, y cuya individualización espera el sutil rayo de luz que nos revele lo infinitamente pequeño, o la reacción bioquímica no lograda aún, o la irónica enseñanza del azar, que tantas veces ha sorprendido al sabio como la sonrisa de una aurora?

GENESIS

La microbiología y la parasitología han hecho al respecto esfuerzos meritisimos.

¡Cuántas veces se ha creído haber atrapado la codiciada libélula y cuántas se la ha visto desaparecer como una ilusión!

El espejismo ha llevado a los investigadores como presas de una fascinación, a través de los hechos y de largas etapas, sin permitirles mojar sus labios sedientos en el manantial anhelado!

(12) Axenfeld. — Tratado de Oftalmología.

Entre los microbios que han sido señalados en el *tracoma*, debemos mencionar:

“Micrococo de Satler, en 1881. Micrococo de Koucharsky, en 1887. Micrococo de Petresco, en 1888; Micrococo de Staterini; Bacilo de Strongolovita en 1890; Microsporón de Neiszervski, en 1891; Micrococo de Michel, Bacilo de Muller, en 1897; Microbio ultramicroscópico.

Bacilus de Raehlmann en 1904; Sarcina de Ruafa, blastomiceto de Parisot, bacilus citrens conjuntival de Gruter y un pequeño bacilus de Gabrielides (13), etc., etc., hasta llegar en 1907, al *clamidoozo de Haverstaeter* y de *Prowazek* o del TRACOMA, confirmado luego por Greffe y al cual Schiele designa con el nombre de “*Traconococo*”.

Años después Adams (14) publica un artículo sobre “El Tracoma” tan completo y seductor, que después de leído apenas si queda alguna duda sobre la especificidad del corpúsculo de Prowazek.

Prowazek mismo “cree en la especificidad de los corpúsculos, pero en una especificidad que *no representa* forzosamente un agente causal” (15). Sin embargo, desde entonces apenas si aparece una obra de Oftalmología en que no se tenga a los corpúsculos de Prowazek como los agentes causales del tracoma.

Luego viene el análisis crítico y la desconfianza. Se empieza a encontrar corpúsculos como los de Prowazek con los procedimientos originales de su descubrimiento, en la conjuntivitis a inclusión del recién nacido; en algunas conjuntivitis catarrales simples; más tarde en la conjuntivitis de piscina y hasta en conjuntivas normales.

“Mawas considera las inclusiones tracomatosas como corpúsculos normales, del protoplasma de células normales” (16).

Herzog — los interpreta cómo gonococos en formas de involución. Algunos los toman como de origen tuberculoso, otros como

(13) A. Gabrielides. — “Conjuntivitis”.

(14) Adams. — Rev. Médica de Hamburgo.

(15) A. Gabrielides. Ob. cit.

(16) A. Gabrielides. Ob. cit.

pequeños neoplasmas de relativa malignidad, y en fin como manifestaciones luéticas. Cada investigador encuentra un germen.

Empieza a reinar el caos; surge la duda, los corpúsculos de Prowasek se desprestigian y la libélula azul se esfuma nuevamente.

Aparecen las experiencias de Hideyo Noguchi. "The etiologie of tracoma" (17) regurosamente metódicas, ilustradas, documentadas y convincentes. Selecciona casos de tracoma seguidos en todas las fases de su evolución: estado inicial, estado florido, cicatrización incipiente con pannus (formas granulosas o feliculares). Realiza el estudio microscópico de estos folículos, hace siembras, aísla, cultiva, tiñe y caracteriza un bacterio. Lo inocula en macacus rhesus; 17 días después aparecen las primeras manifestaciones en el fornix y en la conjuntiva tarsal (nada de edema ni de grandes síntomas inflamatorios). Observa su evolución, reproducida como en los casos originales. Estudia y compara las granulaciones experimentales; son como las de los casos clínicos elegidos. Reproduce las experiencias en chimpancé con igual resultado; provoca el tracoma humano, aísla de él nuevamente el microbio. Ya tenemos el bacterium de Noguchi (18) y conocemos su período de incubación. Falta pasarlo por el crisol de la experiencia clínica, otra vez del laboratorio y de la crítica. ¿Resistirá estas pruebas? Es de desearlo. Tendríamos en ese caso el punto de apoyo para la *profilaxis específica* del tracoma, para la vacuna preventiva, para el suero curativo. Así sea.

PROFILAXIS

Entre tanto, desde hace miles y miles de años el monstruo viene clavando sus garras en lo sojos mismos de la humanidad; no mata como otros, para solazarse con el sufrimiento eterno de sus víctimas; es cruel, penetra en todas las moradas, pero prefiere el tugurio. Su espíritu invasor abarca el mundo; en sus dominios ya "no se pone el sol".

No puedo resistir a la tentación de transcribir lo que dice Marin Amat dirigiéndose a la clase médica. "La considerable im-

(17) Hideyo Noguchi: "The Journal of experimental Mdeicine" XLVIII. August 1º. 1928.

(18) "Boletín del Instituto Pasteur". — T. XXX — 11 y 15 de Junio 1932 y 30 Sbre. 1932.

portancia que ha adquirido el tracoma en las naciones que estiman la salud en lo que realmente vale, dado que es una afección esencialmente contagiosa, de evolución larguísima y sin tendencia natural a la curación, que si bien no llega a producir la muerte, ocasiona muchas veces la ceguera, con frecuencia la imposibilidad para el trabajo y siempre la disminución de la estimación social del individuo, quien a su vez se convierte en peligroso para la salud de los demás y en una carga para las familias o la beneficencia pública; factores todos que pesados en la balanza de los *valores sociales*, son tan de tener en cuenta como el interés por la vida misma, esto sin contar con la tristísima existencia del tracomatoso, con molestias oculares constantes, huyendo de la luz y por lo tanto de la higiene y de la salud, y al que se le coartan, por una bien entendida razón sanitaria, los sacratísimos derechos de la libertad humana. Todo ello hace que no solo los oculistas, los médicos, los higienistas, los sociólogos, los tratadistas, sino también las gentes cultas, los filántropos y el público en general de todos los países, se interesen por este *problema social*, de tal magnitud en algunos, entre ellos el nuestro por desgracia, como son los referentes a la tuberculosis, la lues, el alcoholismo y tantos otros”.

Estos conceptos tan claros como expresivos, que sin duda están en la mente de cuantos me escuchan podrían ser pronunciados desde cualquier tribuna médico social, del cualquier país del mundo, porque todos, unos más, otros menos, pagan su tributo de dolor y de desgracia.

Surge de cuanto precede, la gravedad del peligro y por ende la necesidad de aprestarnos para la defensa con todas las armas.

Como argentinos, no estamos eximidos del esfuerzo, por el hecho de que en nuestro país, gracias a las condiciones de suelo, clima y cielo con que la Providencia lo ha favorecido, sea bajo aún el porcentaje de tracomatosos. Sin embargo, en algunos establecimientos de educación, los argentinos ocupan ya el tercer lugar, por su número de tracomatosos, después de los árabes y judíos. (19).

Pero si aquellas condiciones nos son favorables, otras en cambio nos perjudican. Entre éstas el carácter libérrimo de nuestras Instituciones, inspiradas en aquel dogma constitucional, que pone nuestro suelo a merced de todos los hombres del mundo que quie-

(19) Laje Weskamp. — “Inspección Oftalmológica”.

ran habitarlo, concorde con la actitud de brazos abiertos que caracteriza a nuestro pueblo, ignorante, ingenuo y desprevenido, que lo mismo tiende una planchada para el extranjero sano de cuerpo y espíritu, que para el mal inmigrante, lleno de lacras físicas y morales; o abre las puertas de su hogar para el viandante que se sienta a su mesa y pernocta, recibiendo en cambio de la generosa hospitalidad el contagio que labra la desgracia para toda la vida.

Porque no hay duda que el tracoma argentino, es tracoma importado, y cultivado en el terreno propicio de la *ignorancia* y de la *incuria*.

Nuestra defensa, es decir, *nuestra profilaxis* (a) debe dividirse en *profilaxis de puertas afuera* y *profilaxis de puertas adentro* o en otros términos *profilaxis externa e interna*.

Esta manera de encarar la cuestión no es aplicable sin duda en aquellos países fuertemente infectados y por tanto *exportadores* de tracoma, pero lo es en el nuestro donde el número de enfermos autóctonos es felizmente reducido aún.

EN EL EXTERIOR

La profilaxis exterior comprendería todas las medidas que en virtud de leyes, acuerdos y convenios internacionales, instrucciones públicas o reservadas para nuestros cónsules, inspecciones sanitarias en los puertos de salida y de llegada, sanciones penales para las infracciones, etc., etc., tuvieren por objeto evitar la entrada a nuestro país de portadores de tracoma. Su aplicación es de incumbencia directa de las autoridades nacionales, pero las instituciones sociales y las particulares deben vigilar y exigir su cumplimiento. No desconozco la existencia de algunas disposiciones legales al respecto; pero sé también con cuánta frecuencia se las burla. ¡Cuántas veces he asistido enfermos que acaban de entrar al país y que concurrían a mi consultorio particular o al del hospital, llevando en el bolsillo el clásico lápiz de sulfato de cobre; y lo que es más irónico, enfermos que ya habían sido rechazados de algún país vecino y que querían regresar a él, para lo cual deseaban saber si estaban ya definitivamente curados!

(a) Hablo en un sentido científico y nacionalista a la vez.

Esta faz de la tarea es relativamente sencilla, sobre todo para los países que no poseen colonias exteriores. Norte América y Brasil mismo, la cumplen con estrictez, gracias al respeto que en aquellos países merecen las leyes y al concepto que el funcionario público tiene de su propia misión.

El 5 a 10 % de ciegos de Norte América son de origen tracomatoso y De Gouvea señala casos numerosos en los medios escolares del Brasil. (20). Sin embargo, a través de tres lustros estas cifras no han aumentado y por el contrario tienden a disminuir.

No obstante ello, y por ello mismo, esas naciones se defienden celosamente de la infección exógena y nos dan ejemplo de cómo se valora y se cuida la salud. Entre nosotros, tropezamos con viejas mañas y corruptelas: si los jefes de la administración son capaces y bien inspirados, el subalterno, no siempre idóneo y honesto, descuida y compromete los intereses que debe custodiar. Sólo así se explican los casos filtrados a que antes me he referido.

En los países que poseen grandes dominios coloniales en regiones infectadas, como Inglaterra, Francia, España, Italia, etc. (India Inglesa, Marruecos, Tunes, Tripolitania, donde el número de tracomatosos sobre el total de la población oscila entre el 10 y el 60 %), la acción de profilaxis externa se complica, y aquellas grandes naciones, a la profilaxis meramente *defensiva*, como la prohibición de entrada de tracomatosos, han tenido que añadir la profilaxis *ofensiva*, estableciendo en situ, es decir en las mismas comarcas infectadas e infectantes los hospitales oftalmológicos o exclusivamente para tracomatosos, fijos o móviles, institutos de investigación, comisiones y enviados extraordinarios, obras de saneamiento, etc., esto es: una verdadera campaña combativa.

La Argentina no tiene colonias. Su acción profiláctica se limitará a cuidar sus fronteras y a combatir el mal dentro de la propia casa.

EN EL INTERIOR

A) Ante todo habrá que empezar por *formar conciencia* en el individuo y en la sociedad, de la *existencia* de la *contagiosidad*, del *peligro inminente* y de la *gravedad* del tracoma. Nadie se pre-

(20) Grall y Clarac. Ob. cit.

cave contra una amenaza que no existe, o que es difícil, remota o en todo caso leve.

Con este fin, desde las direcciones y administraciones sanitarias, así nacionales, provinciales o municipales, se impartirán instrucciones escritas, en volantes y en la prensa diaria, u orales por medio de sus inspectores o visitadores. Cooperarían en esta tarea todas las reparticiones de la instrucción pública, las instituciones de beneficencia, las oficinas del trabajo, los comandos militares, las direcciones de fábricas, talleres y cuanta empresa o establecimiento con aglomeraciones humanas existen en el país.

Esas instrucciones serán dadas en forma concisa y en *términos sencillos*, al alcance de todas las inteligencias, pues, no debe olvidarse que son las *clases inferiores* las más expuestas. Esta propaganda debe involucrar la esperanza de escapar del mal y en caso de adquirirlo de *curarse sin dolor*, pues la gente, y en especial los niños que son los más expuestos, huyen de las curaciones dolorosas y hasta ocultan la enfermedad mientras pueden. Esta propaganda no debe ser de un día, sino largamente sostenida, “hasta que entre”.

Luego vendría el conocimiento, difusión y *aplicación de las precauciones de profilaxis individual*.

Debemos advertir con Morax y Petit ⁽²¹⁾ que si bien no hay duda de que la secreción de un ojo enfermo aplicada a un ojo sano produce la enfermedad, los modos de transmisión son aún discutidos, pudiendo suponerse:

- c) Un transporte indirecto por intermedio de insectos, especialmente, las ropas, los instrumentos comunes.
- b) Un transporte indirecto por el agua.
- e) Un transporte indirecto por intermedio de insectos especialmente por las moscas.

En las regiones o en medios infectados habrá que abstenerse de dar la mano y con más razón de besar; esto deben saberlo especialmente los tracomatosos, y los sanos deberán abstenerse de llevar las manos a los ojos sin antes lavarlas cuidadosamente.

Al viajar en tranvía, cuante veces me he encontrado con en-

(21) Morax y Petit. “Le Trachome”.

fermos secretantes que acaban de salir del consultorio externo del hospital, los cuales con las manos indudablemente contaminadas, iban apoyándose en las pasamanos de la plataforma y de los asientos, dejando allí la secreción contagiosa de donde otro pasajero la recogía a su vez acto continuo. Muchas veces he visto en las fondas de los alrededores de las estaciones de ferrocarril, enfermos tracomatosos que usaban en común con su compañero de pieza, la palangana y la toalla; cuántas veces un pasajero sano habrá ocupado la cama apenas abandonada por un tracomatoso, sin previa desinfección, y se habrá cubierto hasta los ojos con los bordes de las mismas sábanas y colchas contaminadas anteriormente.

Cuando el medio infectado sea el hogar, es decir cuando haya un enfermo en la familia, todas las precauciones sugeridas en el párrafo anterior deben ser observadas; el paciente debe tener sus ropas, especialmente sus pañuelos de mano, separados de los de las demás personas, y aún debe tener un dormitorio exclusivo (22). En el mismo se harán las curaciones destruyendo por el fuego los restos de algodón, gasas, etc. El que practique la curación debe cubrirse con delantal y esterilizar sus manos prolijamente. Cuando el enfermo es uno de los cónyuges ninguna medida precaucional debe ser descuidada. De cincuenta matrimonios, en que uno de los cónyuges era tracomatoso y que han podido ser observados largo tiempo, en diez se produjo la transmisión.

La transmisión por el agua, no está definitivamente probada para el tracoma, aunque nadie la niega para otras formas de conjuntivitis, de tipo granuloso también, como la llamada de "piscina".

No conocemos con certeza las modalidades de vida del agente patógeno del tracoma, pero hemos señalado el hecho de que la enfermedad prospera en las regiones húmedas y cálidas y los autores señalan la aparición de epidemias o su recrudecimiento, después de las lluvias del estío. Esto bastaría para tener como cierta del punto de vista profiláctico la trasmisibilidad por el agua (*). Y convendrá en consecuencia, abstenerse del baño en las piletas,

(22) E. Parpacome. — "Il Tracoma e sue complicazione".

(*) Debe admitirse la posibilidad de que el virus viva en el suelo y que puede llegar a los ojos con el polvo que levanta el viento o las manipulaciones industriales. Entre los agricultores he constatado un buen número de tracomatosos.

hoy tan en boga, cuando se sospeche una posible contaminación del agua.

La transmisión por las moscas es evidente. A este respecto, debe aconsejarse el uso general del mosquitero en las regiones infectadas, y debe usarlo el enfermo cuando se trata de un caso aislado; también se aconseja el uso de telas metálicas en las puertas de los dormitorios de tracomatosos.

Cuando en una familia hay padres enfermos y niños débiles (por tanto más propensos a adquirir la enfermedad, ya que el terreno tiene aquí importancia indiscutible) algunos maestros de la Oftalmología instituyen un tratamiento preventivo, consistente en lavajes con protargol y cauterizaciones con nitrato de plata. No creo sin embargo sino en una eficacia muy relativa de este procedimiento, el cual por otra parte está lejos de ser inocuo para los tejidos, cuando el uso es prolongado. Es preferible sobre todo el aislamiento, y el *aseo aplicado en forma rigurosa*. Se ha dicho con verdad, que el tracoma tiene predilección por "las manos sucias, los chicos sucios y los hogares sucios", compañeros habituales de la pobreza, sin que esto signifique la inmunidad de los ricos y sibaritas.

Otros vehículos de contagio, que no deben pasar sin ser enunciados por los menos, son los libros, útiles de colegio y juguetes.

En los hospitales generales, en los cuales se reciben o simplemente se atienden a tracomatosos, éstos deben instalarse o atenderse en salas y consultorios separados, dotados de un material exclusivo y de sala de operaciones y personal hospitalario propios. Estos enfermos no deben estar en libre plática con la demás población del hospital (23).

Como toda enfermedad, el tracoma aprovecha los temperamentos debilitados como los escrofulosos y prende con facilidad en las conjuntivas irritadas por el medio atmosférico, por las profesiones u oficios (fogoneros, cigarreros, maquinistas de ferrocarril, etc.) o atacadas por gérmenes de otras clases de conjuntivitis, con las cuales se encuentra frecuentemente asociado: el *tracoma secretante* y a las cuales debe sus caracteres de inflamación y de agudeza. Esto significa que toda afección ocular, por simple que parezca, debe merecer especial cuidado cuando se tiene cerca un foco de infec-

(23) G. Worm y J. E. Marmouit. — "Le Trachome". — Profilaxis.

ción, y que el buen estado general y el endurecimiento físico del individuo, son en ésta como en otras enfermedades, una garantía de indemnidad.

B) Las medidas profilácticas de orden público deben contar con la previa preparación de las poblaciones, por los medios de *instrucción* a que antes nos hemos referido (punto A.) de lo contrario, la acción de las autoridades sanitarias se encontrará perturbada por los mismos a quienes trata de beneficiar.

Según Worms y Marmoiton la profilaxis debe organizarse sobre estos tres puntos:

- 1.º) “*Cegar las fuentes del virus*”.
- 2.º) “*Impedir la trasmisión*”.
- 3.º) “*Suprimir las causas que favorecen la inoculación sobre un organismo nuevo*”.

“*Cegar las fuentes del virus*, es tratar hasta la curación completa, los portadores de gérmenes, los granulosos”, y esta es una tarea colosal! El tratamiento del tracomatoso puede durar meses, años, lustros. Y ¿cómo requisar todos los portadores de gérmenes, esparcidos en el territorio de la nación? Y los residivantes? y los portadores de tracoma benigno, los más peligrosos porque negligén su propio cuidado y circulan por entre las gentes sin que se sospeche siquiera su enfermedad?

La receptividad, especial del niño, indica que la magna tarea, debe empezar por la *escuela, talleres, asilos, orfanatos*, etc., en general donde hubiere aglomeraciones infantiles.

Constatada la presencia de niños tracomatosos, si su número es reducido, debe separárselos de la escuela, aislándolos en su domicilio, si éste ofrece las condiciones de un aislamiento eficaz; o enviándolos a sanatorios y enfermerías especiales. Si el número de enfermos es considerable corresponde establecer la escuela para tracomatosos o la escuela-sanatorio, como la de Polonia, en Witcoviec (24) o bien clases de tracomatosos aislados de los demás (25) dentro del mismo establecimiento. En estos casos el maestro mismo convenientemente instruido al respecto puede ser a la vez enfermero, mientras no haya complicaciones, en cuyo caso los en-

(24) Worms y Marmoiton. Ob. cit.

(25) Morax y Petit. — “La trachome”.

fermos serán enviados al médico escolar o a la clínica. Ningún alumno con ojos secretantes, debe ser recibido en la escuela.

“En las escuelas de internados, la vigilancia debe ser mucho más estricta; la vida en común facilita la contaminación. En algunos países, v. g. los médicos attachés a las escuelas públicas, están encargados de todo lo que concierne a la higiene y a la profilaxis del tracoma y en otros (Hungría) la ley ordena la apertura de escuelas reservadas a tracomatosos, que reciben allí los cuidados necesarios, en todas las localidades en que el número de enfermos sobrepasa el 10 % de la población escolar”.

Entre nosotros, serán muy raros los puntos en que se presenten aquellas circunstancias, y quizá sea suficiente la creación de clases especiales, y la inspección médica realizada concientemente, como ya se realiza en las principales ciudades de la república, *la cual debe ser extendida a todo el país.*

En Córdoba, por ejemplo, la inspección médica escolar existe bastante completa, para la Capital, donde tuve el honor de iniciarla y practicarla por primera vez en 1912, constando en mi memoria mandada imprimir por el gobierno municipal, los primeros casos de tracoma escolar, que felizmente no eran muchos; $1\frac{1}{2}$ % próximamente. Hoy día sin embargo, esa proporción ha aumentado y se acerca a $1\frac{1}{2}$ %, es decir casi el triple. Es que para el tracoma no bastan los buenos consejos del médico, es menester seguirlos con el tratamiento hasta daminarlo, y para esto se necesitan otros recursos, que mencionaré más adelante.

Las mismas reglas que en la escuela pueden aplicarse al taller (de niños o adultos). La vigilancia médica debe llegar hasta el taller, cosa que no se hace entre nosotros. Los obreros contaminados deben trabajar en secciones separadas y cada uno debe tener sus propios útiles: “el mango de una herramienta empleada por un tracomatoso, fácilmente puede contaminar a otro obrero”.

En el ejército y en la marina, deben ser *exceptuados* los tracomatosos, cualquiera que sea el estado de evolución de la enfermedad.

Si se descubriere un enfermo entre los incorporados, debe inmediatamente ser aislado y dado de baja, pero *nunca enviárselo a su domicilio*, sin pasar por la enfermería del hospital. Debe bastar como escarmiento el error del célebre profesor berlinés Jung-

ken — relatado por Parpacone y otros — al cual se debe a una de las grandes epidemias de tracoma en Europa, justamente por haber aconsejado el envío a sus hogares, de los soldados del ejército Belga, casi totalmente enfermo en 1883. La inspección médica e higiénica en los cuarteles y barcos de guerra, debe *revisar por lo menos una vez cada quince días* las conjuntivas oculares, debiendo aislarse y ponerse en observación cualquier sospechoso.

Algunas naciones que necesitan sostener grandes ejércitos en sus colonias, más o menos infectadas, no dan de baja a los tracomatosos, los agrupan y forman con ellos batallones especiales aislados, que son a la vez sometidos a tratamiento. No es felizmente nuestro caso.

Fuera de aquello, hay dos grandes gremios que merecen atención especial y son: los *mineros y los agricultores chacareros*. Unos y otros producen irritaciones y catarros permanentes creando en sus conjuntivas un terreno propicio al virus tracomatoso. En la época de la siega y de la trilla, que coinciden con épocas de vientos y de calor, aparecen en los consultorios y hospitales muchos casos procedentes de las colonias agrícolas, y uno de los focos más intensos en nuestro país, está en una de estas colonias situadas al noroeste de la Provincia de Córdoba, en los límites con Santa Fé. En otra colonia próxima a la capital de Córdoba ocupada por familias extranjeras de la misma nacionalidad y en un radio no mayor de media legua, encontré en cierta inspección setenta y tantos casos de tracoma. Pero, para que la autoridad, la medicina y la higiene puedan actuar contra el tracoma es necesario establecer y *hacer efectiva la denuncia obligatoria*, ya establecida en la letra, pero no en la práctica.

Y para que los médicos, oculistas o no, puedan coadyuvar eficazmente, no deben esperar que se les presenten aquellos casos que vienen ostentando, en gruesos caracteres, el rótulo de una evidente sintomatología, para llevar la denuncia. Es menester que al hacer el examen general del enfermo, cualquiera que sea su condición social y en cualquier parte que se realice el reconocimiento, así como se busca uno de tantos signos muchas veces banales, se *practique sistemáticamente la doble inversión* del párpado.

Esta maniobra, cuyo mecanismo enseñé y cuya aplicación aconsejo desde largos años a mis discípulos y colegas, ha permitido des-

cubrir infinidad de casos de tracoma incipiente o benigno, algunos ignorados, lo que es importante no solo para la profilaxis, sino también para la curación.

Dentro de esta *profilaxis pública*, cabe la que antes hemos llamado *profilaxis ofensiva*. La mejor defensa, contra un enemigo como el tracoma, consiste en el ataque.

Este ataque debe llevarse por medio de una triple organización:

- 1°.) Equipos movibles o ambulatorios.
- 2°.) Dispensarios antitracomatosos.
- 3°.) Hospitales de tracomatosos.

Los equipos movibles fueron ya ensayados en nuestro país en forma rudimentaria y mezquina y por tanto inútil. En cierta ocasión consistió en una gira, una sola gira, de un especialista de reputación de los nuestros, quien dió algunos consejos y publicó un pequeño folleto sobre "Las Conjuntivitis". En otra ocasión se designó a uno o dos practicantes de medicina para que fueran a curar el tracoma a determinada provincia. En breve plazo fueron y... volvieron. En otra oportunidad aprovechando la estancia en nuestro país de un oculista de celebridad mundial, se le encargó, haciéndolo acompañar por distinguidos oculistas argentinos, de que hiciera una recorrida por el interior del país, para visitar el tracoma; fué una simple visita de cortesía.

El *equipo móvil* no es precisamente aquello.

Están estos equipos especialmente destinados a comarcas donde existe el tracoma y faltan especialistas y clínicas oftalmológicas. (26).

En 1893 el Profesor Belliarminof de San Petesburgo, tuvo la idea de organizar cuerpos volantes oculísticos, o misiones móviles, compuestos de un oculista, un ayudante y un administrador que se ponían en relación con los médicos de las regiones visitadas y trataban de utilizar las salas de hospitales para las consultas y la admisión de enfermos a operar.

Durante el año 1893, fueron tratados 7691 enfermos de los cuales fueron operados 1.466.

(26) Morax y Petit. Ob. cit.

El Profesor Tchirkouski — cit. por Morax y Petit — expresa lo siguiente:

“Las misiones móviles cuentan varias décadas de honorable actividad en la Rusia prerevolucionaria, teniendo una importancia colosal en la lucha contra las enfermedades de los ojos”.

Durante la Revolución, estas misiones móviles casi han dejado de existir, y es en el curso de estos dos o tres últimos años, que reaparecen de nuevo y comienzan a desarrollarse ampliamente.

Las “misiones móviles son enviadas habitualmente a los lugares más atacados por el tracoma durante los *meses de estío*... Persiguiendo sobre todo el *fin de prestar socorro a los enfermos*, las misiones, en su forma actual *cumplen también un trabajo de propaganda*, ilustrando las poblaciones sobre la profilaxis del tracoma.

En 1926, tres misiones *especiales* fueron enviadas para *proceder al examen de cada persona*, en las regiones donde el socorro oculístico está mal organizado y donde la propagación del tracoma es sobre todo grande.

La idea de aproximar los cuidados oftalmológicos al domicilio del enfermo por medio de estas “misiones móviles” ha sido aplicada en otros países. En Egipto la “misión móvil” es un verdadero hospital ambulante. He aquí como fué organizado el primero de estos hospitales: dos grandes tiendas destinadas para operaciones; otras dos para los médicos; diez para el personal; tres para las cocinas y despensa; seis para lavaderos y grandes barracas para hospitalizar hasta 500 enfermos”.

Para la Indo China — Talbot — preconiza los “hospitales itinerantes”.

Cassaux, no es partidario de estas “misiones móviles” y “él no vé una acción útil — más que en la organización de los hospitales oftalmológicos estables”. En cambio Parpacone aboga por el ambulatorio *exclusivo* para tracomatosis.

Es sin embargo, indudable el beneficio de la “misión móvil”, en las campañas extensas, desprovistas de recursos médicos y hospitalarios y sobre todo donde el atraso y la ignorancia requieren, tanto como el auxilio material, buenos consejos y un poco de ilustración, que en este caso es luz para el cerebro y para los ojos.

El dispensario antitracomatoso. En este sentido algo se ha

hecho entre nosotros. Hace diez años, tuve el honor de presentar al Concejo Deliberante de Córdoba un proyecto por el cual, a la vez que mandaba construir un edificio para la Asistencia Pública, que no lo tenía, se destinaba en él un departamento para instalar un *dispensario antitracomatoso*. La idea prosperó, y el dispensario comenzó a funcionar un año después, atendido por un especialista y un ayudante. Poco después, el propósito primordial fué bastardeado, y el dispensario antitracomatoso, se convirtió en un consultorio general oftalmológico, y como de éstos existen varios en aquella ciudad — públicos y gratuitos — el dispensario desapareció más adelante arrastrado por la corriente de las economías impuestas por las dificultades económicas de la comuna. Sin embargo, existe la esperanza de que sea restaurado con su finalidad inicial: curar y fichar los tracomatosos, llevar una estadística minuciosa, para determinar los barrios y zonas infectadas, servir de centro de difusión de consejos y medidas profilácticas y practicar las inspecciones y reconocimientos técnicos.

La curación que debe aplicarse al tracomatoso diariamente y a veces más de una vez por día, es algo que no puede realizar él mismo, ni tampoco sus miembros de familia, los cuales no solo son incapaces para aplicar la técnica, sino también para preservarse a sí mismos, cayendo con facilidad en el contagio.

A los consultorios oftalmológicos, concurren entre otros enfermos, los tracomatosos, y allí en las salas de espera, permanecen horas en promiscuidad. Luego entran a la sala de curaciones, y las mismas manos de los mismos enfermeros, y los mismos útiles pasan de ojos a ojos, facilitando la inoculaciones y la difusión, realmente lamentables.

Reconocidos que fueran los tracomatosos en los consultorios generales, deberían ser enviados para sus curaciones sucesivas y para el fichaje al dispensario.

Un hospital que contraviniese esta disposición malograría en gran parte la tarea, y por eso los dispensarios antitracomatosos deben estar regidos y amparados por ordenanzas o leyes severas.

Transcribimos párrafos de Parrot (citados por Worms y Mar-moiton) sobre estos dispensarios.

“La contaminación se efectúa lo más a menudo en los prime-

ros años de la vida y en el círculo de la familia. Es pues indispensable descubrir lo más pronto posible los casos nuevos, conocer con precisión, los barrios, las casas, la familia infectadas, asegurar progresivamente la enmienda del terreno al mismo tiempo que la desaparición de los reservorios del virus. El dispensario es pues un órgano con sede permanente, fijado en plena endemia y su misión es múltiple, a la vez terapéutica, estadística, represiva y educadora”.

1°.) *Vigila los enfermos* que se presentan a la *consulta sin darles medicamentos* para que lleven y les ordenan que se presenten periódicamente a los que fueren dados de alta.

2°.) *Determina la repartición del mal por cuarteles.*

3°.) *Señala a la autoridad administrativa* los tracomatosos que resisten o que escapan a su acción.

4°.) *Señala a la misma autoridad* los alojamientos o *inmuebles cuya insalubridad favorece notoriamente, la persistencia del tracoma.*

5°.) *El dispensario sugiere a la administración* todas las medidas de higiene colectivas necesarias.

6°.) *Instruye a los enfermos y a los que le rodean* sobre el contagio del tracoma, las precauciones a tomar para evitarlo, etc.

7°.) *Dirige a los hospitales o clínicas a los enfermos con complicaciones* que no pueden ser curados ahí mismo.

El local destinado a un dispensario antitracomatoso debe tener: una sala de espera, una sala de curaciones bien iluminada y bien aereada, una pieza con una hornalla y cocina, un calentador a kerosén, lavatorios, agua corriente, dependencias accesorias.

El *dispensario* es en una ciudad el órgano directivo de la lucha contra el tracoma y deberá ser instalado en todos aquellos centros donde hubiere un número apreciable de casos constatados y residentes.

Estos dispensarios deberán tener relación unos con otros, a fin de seguir la pista de los tracomatosos que cambian de domicilio, para adoptar las medidas pertinentes, pues cada tracomatoso que se instala en una nueva residencia, constituye un nuevo foco de infección. A este respecto deben ser especialmente vigiladas las caravanas de braceros que en épocas de cosecha, emigran de una región a otra del país y entre los cuales reina por lo general el am-

biente propicio a la pululación del virus, si es que no se trata ya de contaminados y por tanto de peligrosos portadores de gérmenes.

Pero llega un día en que todos esos tracomatosos ambulantes: los ignorados, los incipientes, los benignos, incluso los floridos que antes concurrían por sí mismo a los consultorios, a los dispensarios y aún a sus ocupaciones, se encuentran atacados de una de las infalibles complicaciones del tracoma, y de súbito imposibilitados para toda actividad.

Esa deambulación de enfermos de tracoma por las calles, por los tranvías, por las oficinas públicas, por las casas de comercio y aún por los hogares, puede ser tolerada mientras se trate de tracomas secos, es decir no secretantes y sin otras complicaciones y siempre que se observen las reglas de profilaxis individual. Pero no aquellos otros que van derramando el virus de su mal.

Cierto día, al entrar al servicio de Oftalmología, en el Hospital de Clínicas de Córdoba, me encontré con este cuadro: un matrimonio procedente de Río 1°. había llegado la noche antes alojándose en una posada próxima a la estación del ferro-carril; esa mañana había sido conducido al hospital por un muchachito sucio y harapiento, pues el matrimonio ni conocía las calles ni veía. Ambos cónyuges, estaban atacados de tracoma, con grandes papilas, con abundante secreción con pannus y extensas ulceraciones; la mujer llevaba en brazos un hijito de pocos días de edad, envuelto más que en hilachas, en roña; habían dejado en su hogar otras criaturas, libradas a la conmiseración de los vecinos. Todos ellos constituían un cuadro repugnante y conmovedor a la vez, de miseria, de desgracia, de dolor; un cuadro de tracoma familiar.

Para mayor angustia, no había donde alojarlos; aquel hospital general no tiene la más insignificante dependencia para tracomatosos; la Assitencia Pública que tiene un hospital de infecciosos, no recibe tracomatosos. Según mis cuentas, en ese tiempo circulaban por las calles de Córdoba más de trescientos tracomasos infectantes.

Escribí al Dr. Gregorio Aroz Alfaro, en ese entonces presidente del Departamento Nacional de Higiene haciéndole ver la *necesidad de un hospital para tracomatosos*.

La situación no ha cambiado en aquella ciudad, y esa situación se reproduce quien sabe en cuantas comarcas argentinas.

Es tiempo ya de tener donde atender a esos desdichados que ensombrecen el tugurio, entristecen el conventillo, amargan la vida de la familia, preocupan y amenazan la sociedad.

Hay clínicas y hospitales para enfermedades que no pasan de ser molestia individual; para reparar pequeños defectos sin trascendencia; para minucias terapéuticas y hasta para intervenciones de lujo y de complacencia. Pero no tenemos hospitales para tratar racionalmente a enfermos, que de no ser atendidos van a terminar en la ceguera y a engrosar el lastre ya insoportable para la beneficencia pública, después de haber sembrado la desgracia en el camino de su larga y dolorosa peregrinación; y que si al contrario reciben conveniente asistencia, pueden seguir cumpliendo su misión en la vida y cooperando útil y eficazmente al bien estar propio y de la sociedad.

Un hospital para tracomatosis, no difiere fundamentalmente de cualquier hospital en cuanto a su construcción; debe constar con todos los elementos de un hospital moderno incluso salas de cirugía ocular y laboratorios.

El hospital es el complemento de los equipos móviles y de los dispensarios. Solo en el hospital es posible la aplicación de tratamientos quirúrgicos, y aún ciertos tratamientos médicos.

“Es indispensable — dice Morax y Petit — que los tratamientos complicados encuentren todos los recursos terapéuticos, pero importa también que el hospital sea un centro de investigación y de enseñanza”.

“La aplicación de nuevos procedimientos terapéuticos no puede ser realizada más que en un establecimiento provisto de todos los perfeccionamientos modernos, y por otra parte la enseñanza de los ayudantes y de los enfermos no puede realmente hacerse más que en el hospital especializado y fijo”.

Las estadísticas de los hospitales de Egipto y de Indo China, revelan el enorme beneficio de estos establecimientos en la lucha contra el tracoma; y Marin Amat, inspirado en esos resultados, opina que España debiera fundar un hospital oftalmológico en cada una de sus provincias.

El hospital, es no solo medio curativo sino, recurso profiláctico de la mayor eficacia e importancia, porque recoge del ambiente

público todo el elemento peligroso y en su mayor parte inútil, y lo devuelve sano inocuo y apto para el trabajo.

Para la Argentina, creo que por el momento serían bastantes dos hospitales: uno en el litoral, a inmediaciones de La Plata y otro en las montañas (I) de Córdoba, ambos con carácter de regionales.

Pero todo este vasto plan de acción profiláctico, debe reposar en una "sabia y previsora legislación", que empiece por mejorar las condiciones económicas-sociales ya que la pobreza, la miseria y la suciedad forman el ambiente predilecto del tracoma; provea los recursos financieros para las múltiples obras que deben llevarse a cabo; establezca el seguro de enfermedad para el tracomatoso; limite los derechos de éstos para ingresar a escuelas, colegios, universidades, administración pública, magistratura etc. y dé estabilidad, autoridad y fuerza legal a las corporaciones encargadas de hacer efectivos los dictados de la higiene y la profilaxis social.

Recordemos en fin, este cánone fundamental de la escuela de Alejandría: "Es más fácil prevenir la enfermedad que curarla; es más fácil salvar de una peste a una población que curar un solo apestado".

En mérito a lo expuesto,

La Sección Higiene y Medicina Social del Vº. Congreso Nacional de Medicina,

A C O N S E J A :

1º.) La creación, por ley, de un organismo con jurisdicción y recursos propios, encargado de dirigir la lucha contra el tracoma, en todo el territorio de la Nación.

2º.) Dicho organismo tendrá los siguientes propósitos inmediatos:

- a) Estricto cumplimiento de las disposiciones legales existentes y de las que se dictaren, tendientes a evitar el tracoma importado.
- b) Determinación del índice tracomatoso, por zonas, en todo el territorio de la Nación.

(I) *Ghibret*. "Partiendo de observaciones en Auvernia y Zuiza, donde el tracoma es raro, llega a la conclusión de que la altura de 1200 a 1500 metros marca el límite de la infección". — Grall y Clarea.

- c) Difusión de conocimientos, de carácter profiláctico, en las distintas clases sociales.
- d) Aplicación de las medidas higiénicas y preventivas, tendientes a mejorar el medio ambiente de la clase pobre.
- e) Inspección antitracomatosa en todos los establecimientos de instrucción pública, ejército, marina y en todas las aglomeraciones humanas.
- f) Gestionar la instalación de clases y escuelas especiales para tracomatosos.
- g) Fundar y organizar: “equipos móviles”, “dispensarios”, “clínicas” y “hospitales” para tracomatosos, e institutos de investigación, etc. etc.

3°.) Establecer la declaración obligatoria, que deberán cumplir los facultativos de todo el país, bajo sanciones penales.

4°.) Limitación de los derechos de los “tracomatosos activos” para contraer matrimonio, ingresar a los establecimientos de instrucción — incluso las universidades, ocupar empleos públicos, o ejercer otras actividades desde las cuales puedan transmitir su enfermedad.

Prof. J. M. ALBARENQUE

NOTA: Este trabajo fué aprobado por unanimidad en la sección respectiva y sus conclusiones fueron sancionadas en la sesión plenaria del V°. Congreso Nacional de Medicina.
