

PECULIARIDADES

EN

ALGUNAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS EN CUBA

Trabajo del Dr. J. Santos Fernandez (*)
presentado en la Sociedad Hispano-americana
de New-York el 6 de Noviembre de
1918.

Voy a tratar de un tema en consonancia con una sociedad que no es especial, sino de medicina en general: voy a ocuparme de la *modalité*, como dicen los franceses, o sea de la peculiaridad, que afectan algunas enfermedades de los ojos en Cuba, aún aquellas más conocidas no digo de los oftalmólogos, sino de los médicos en general.

He preferido este tema, repito, porque no hablo en presencia de oculistas solamente, y las enfermedades a que voy a referirme, son observadas antes, no pocas veces, por el médico en general, y después son vistas por el especialista. Como el campo es amplio, a

(*) Presidente de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana. Director de la "Crónica Médico Quirúrgica", que cuenta actualmente 45 años de vida.

Fué fundador del primer Laboratorio Histo-bacteriológico y de vacunación antirábica, establecido en América en 1887.

Su fecundidad como publicista puede inferirse de este dato: las recopilación de sus monografías, hechas por el Dr. Jorge Le Roy, sumaba más de mil en 1917.

Ha participado desde 1875, en todos los congresos de la especiali-

fin de no extenderme demasiado y circunscribirme a lo esencial, he preferido escribir, lo que voy a exponeros. Así obedezco a los hábitos académicos de toda mi vida, que exigen la palabra escrita a la hablada, porque no se persigue un fin oratorio, sino la exposición de los hechos observados, en que la ciencia llene sus mejores conquistas.

Las enfermedades de los ojos en un país tropical como la Isla de Cuba, que desde luego por la acción del hacha a que se le ha sometido sin piedad ni miramientos como obra destructora del hombre, de todas partes y de todos los tiempos, va siendo cada día más cálido, pues el feroz desmonte, no se fija más que en la utilidad del momento. Por fuerza se advierte, como disminuyen los meses frescos y se convierte todo el año, en un estío atenuado por algo que no dura más de dos o tres meses solamente, con temperatura otoñal, que no baja el mayor tiempo de 20° a lo más. Esto hace que las enfermedades de los ojos tomen cierto sello especial, que por suerte no es siempre para agravarlas, sino para hacerlas más benignas, como ocurre con el temido tracoma, enfermedad propia de los menesterosos y que como en Cuba no existe realmente el proletariado, por la escasa población del país, y por su riqueza agrícola e industrial, de aquí que, el tracomatoso no se vea en abundancia, aún cuando se presente en la clase pobre, y aún cuando lo padezca el negro, que se cuenta entre los trabajadores que por su condición viven en estrechos locales, facilitando el contagio, sino que por el contrario el calor obliga a esparcirse o a separarse los seres, unos de los otros, buscando la plaza o la calle, y dificultando, por tanto, de este modo, la transmisión de la enfermedad de una persona a la que le está próxima, y que en otras partes es el mayor motivo, para el contagio. Del tracoma en sus diferentes puntos de vista, me:

dad que cultiva y de la que es decano y fundador en Cuba. Cuenta a lo mucho 72 años, de los que ha dedicado 50 a su profesión, a la ciencia y al progreso de su patria.

Tal es la personalidad científica cuya colaboración presentamos.

(N. de la D.)

he ocupado muchas veces en numerosos trabajos (1). He sostenido puntos sobre el tema en la Sociedad Oftalmológica de París por 1891, cuando mi compañero de estudios el insigne Dr. Chibret, de Clermont-Ferrand ya desaparecido, se ocupó de señalar la relativa inmunidad del negro para el tracoma y la casi carencia de éste en las alturas. Indiqué entonces, que si en Cuba el negro no lo padecía tanto como la raza blanca, en que tampoco es exagerado allí, obedecía a la clase de inmigración que se hacía antes, escasa y casi familiar, en el comercio, y a la que se hizo después, con las medidas profilácticas del gobierno, desde que surgió la Independencia, a pesar de que aumentó la inmigración europea por efecto del desarrollo de la industria azucarera. Aún antes de que se verificase esta inmigración y se implantase la profilaxis severa que aún existe en los puertos, publiqué una estadística de los primeros veinte años de mi clínica de enfermedades de los ojos y anoté muy pocos casos de tracoma.

Entre ellos había dos, los recuerdo bien, de uno de los colegios de niñas de personas acomodadas. Por los síntomas físicos, los diagnosticué de tracoma, como medida prudente; pero imaginando que se trataba de un aspecto peculiar de la conjuntiva, determinado por el clima tal vez, y que solo el curso del mal podía esclarecer.

Hace tiempo que aquellas dos niñas son madres de familia, una de ellas está ahora en New York, la otra en París, sin que la una ni la otra, que me consultaron diferentes veces más tarde, tuviesen la menor señal de haber padecido el tracoma, pues como hemos sostenido, y no estábamos solos, en el Congreso último de Oftalmología celebrado en Valencia (España) en Septiembre de 1916, el verdadero tracoma una vez desarrollado no se cura, permanece mucho tiempo afectando las conjuntivas, hasta que destruye estas, y provoca otras complicaciones. Hace unos diez años, poco más o menos, que me consultó un médico de fuera de la capital de Cuba, afectado de tracoma, de forma granulosa. Le traté durante uno o dos meses por medicamentos locales y como no mejorase le hice la expresión de la conjuntiva con la pinza ideada por el Dr. Knapp

(padre); pero tampoco curaba y consultó a otro distinguido oculista de La Habana, el Dr. Enrique López, muerto prematuramente. El Dr. López le trató e hizo análoga operación que yo, durante otros dos meses sin resultado. El colega desesperado marchó a París y el profesor de oftalmología en la Facultad de Medicina de allí, el Dr. Lapersonne, poco dispuesto a las intervenciones quirúrgicas, en la tracoma, se limitó a ordenarle un colirio de sulfato de cobre y glicerina, con la que curó. Al volver a Cuba me apresuré a examinarle las conjuntivas y estaban perfectamente fisiológicas, lo que me hizo deducir, como en otros casos, que este enfermo no tuvo un tracoma apesar de la apariencia de tenerlo, y esto ocurrirá con el tracoma mientras el laboratorio no nos dé un signo preciso como en la genococcia y la difteria, vg. En la actualidad no parece que estemos cerca de poseer este elemento de diagnóstico, pues, los cuerpos del tracoma señalados por Prowazed como agentes de éste, provocan según las investigaciones de los doctores Noguchi y Cohen la conjuntivitis de N. Y. de inclusión, que se reproduce cuantas veces se quiera; pero nunca el tracoma. Este, no lo han logrado reproducir experimentalmente en ninguna forma. Debe pues, procederse con gran prudencia en los diagnósticos del tracoma incipiente, por que los síntomas locales suelen ser falaces, sobre todo en los países cálidos y solo el curso de la enfermedad confirma el diagnóstico que se haga; pero esto demanda tiempo y en los informes para el embarque o desembarque de pasajeros al tratarse de una persona atacada, como no se puede disponer de tiempo para juzgar con acierto, hay que pronunciarse, sin seguridad, de un lado u otro y en ese caso, siempre hay que caer del lado de la higiene, declarando tracoma, todo caso dudoso, aún cuando se perjudiquen los intereses privados, en beneficio de la salud pública, por ahora.

Recientemente he puesto en práctica para los casos dudosos de tracoma y aún de conjuntivitis catarrales sub-agudas, que afectaban una rebeldía semejante a la del tracoma, la inspección constante de la conjuntiva, del fornix especialmente, al punto de instituir tantas curas, cuantas resistiese el ojo sin congestionarse: cada

dos horas, cada tres horas en el día, y con sorpresa he podido comprobar que la rebeldía consistía en la mala disposición de los medicamentos corrientes que se aplican imperfectamente, así mismo los pacientes para combatir estos males, creyendo que han hecho lo suficiente y no ha sido así.

Las curas de este modo, resultan ineficaces, cuando no se hacen en debida forma, y se cometen infracciones a la Higiene ocular de diversas maneras. El enfermo debe estar bajo la inspección constante del oculista. Más como éste no puede ir cada dos o tres horas a casa del paciente, es éste el que tiene por consiguiente que ir a él en las horas indicadas, para hacerle las curas, o que se las haga persona competente. Esto que a primera vista parece nimio, en la práctica se vé que no es secundario tenerlo en cuenta. Si se observa lo indicado, desde el primer momento, se ahorra el paciente mucho tiempo más tarde, y saca al médico de dudas respecto a la naturaleza de la enfermedad; que con frecuencia, solo el curso de ella y la obediencia al tratamiento pueden definirla. Los modernos sanatorios para el tratamiento de las enfermedades tienen estas ventajas, que el enfermo es observado y tratado de cerca, por personas idóneas, en sus menores detalles, y es un ahorro de tiempo y de todo.

No he de detenerme, para no cansaros, en otras enfermedades de los ojos, en las que el clima cálido imprime alguna variación; pero solo citaré para concluir, el error en que se está, de atribuirlo todo a la anemia, cuando en enfermos de los ojos en que por la palidez de la piel *sui generis* atribuía yo todo a la anemia, el laboratorio me ha mostrado que los glóbulos, la hemoglobina y demás componentes de la sangre eran fisiológicos, lo que indica que la apariencia anémica de los países cálidos o tropicales, exige estudio más detenido.

Como en los países tropicales la luz es siempre viva, los que no los han visitado, presumen que puedan producirse perjuicios algo análogos a los que se experimentan en los Alpes y en aquellas partes en que el reflejo de la luz del sol en la nieve hiere la retina.

de modo violento; pero no es así. Se observa alguna vez, yo mismo lo he notado en mis ojos, al ir al puerto al medio día, porque el sol reflejado en la bahía puede producir ligera hiperestesia de la retina, que se traduce por sombras delante de la vista que por unas horas impide la lectura *vg.* pero ello no es frecuente, y sin consecuencias.

En resumen: el clima cálido de la Isla de Cuba es molesto desde luego; pero lejos de aumentar las afecciones oculares las aminora y se presta mejor que en los países templados o fríos, a la práctica de una higiene menos onerosa.

Para las escuelas *vg.* es más fácil y beneficioso moderar el exceso de luz que suplirla con la artificial como se hace en invierno en los países en que ésta estación se siente con gran intensidad.

Es indudable que los países cálidos o los tropicales, son incómodos; pero para el proletariado, son más tolerables; las exigencias del calor pueden soportarse sin tantos sacrificios como los de las bajas temperaturas extremas.

Perdónese que solo a grandes rasgos haya podido exponer algunas de las peculiaridades de las enfermedades de los ojos en un clima tropical, aunque las citadas permiten dar una idea de que pueda haber otras que no he intentado exponer en el limitado espacio de tiempo de que dispongo y para no fatigaros.

J. S. FERNANDEZ

BIBLIOGRAFIA

(1) Escisión del fondo de saco oculo palpebral como tratamiento de las granulaciones crónicas. París, Febrero de 1874. Anfiteatro anatómico Español, Madrid 15 de Marzo de 1874. T. II. Pág. 50-51.

Algunas palabras sobre las granulaciones palpebrales en general y la escisión del fondo de saco o culo palpebral. Crónica médico quirúrgica de La Habana. T. XXI. Pág. 38.

Tratamiento de la conjuntivitis granulosa por la escisión del fondo de saco conjuntival. Crónica Oftalmológica de Cádiz 1880. Pág. 30.

Tratamiento de los granulosos con el jequirity, análisis de la memoria del Dr. Peña. *Crónica Médico Quirúrgica de La Habana*. T. X. Pág. 286.

Accidentes a que puede dar lugar el jequirity. Indicaciones y contra-indicaciones. *Anales de la Academia de Ciencias*. T. IX. Pág. 193.

Absence du trachome chez le negre. *Recueil d'Ophthalmologie*. París T. XIII. Pág. 385-1891.

Los nuevos tratamientos de la oftalmia granulosa. *Gaceta Médica Catalana*. Barcelona. T. XIV. Pág. 417. Julio de 1891.

Influencia del clima en las enfermedades de los ojos. *Abeja Médica*. Habana. T. I. Pág. 74. *Crónica Médico Quirúrgica de la Habana*. T. XIX. Pág. 523. *Anales de la Academia de Ciencias*. T. XXX. Pág. 170.

Aplicaciones del jequirity. *Crónica Médico Quirúrgica de La Habana*. T. XIX. Pág. 569.

Inyecciones subconjuntivales de permanganato de potasa en el fornix contra el tracoma. Segundo Congreso Médico panamericano. México Noviembre 15 de 1896. *Memorias del Congreso*. T. II. Pág. 632. *Revue Generale d'Ophthalmologie*. París. T. XVI. Pág. 443.

Le trachome a l'île de Cuba. *Bulletin et Memoires de la Société française d'Ophthalmologie*. París 1896. Pág. 333-341.

Un caso que justifica una de las maneras de contagio de las granulaciones (tracoma). *Crónica Médico Quirúrgica de la Habana*. T. XXIV. Pág. 369.

El tracoma en Oriente de la Isla de Cuba. *Anales de la Academia de Ciencias*. T. XLIII. Pág. 221-223 y 161-1901.

Las enfermedades de los ojos en un país cálido. XIV Congreso internacional, Madrid. Abril 1903. *Crónica Médico Quirúrgica de La Habana*. T. XXIX. Pág. 157.

La conjuntivitis granulosa en Cuba. *Sociedad de Estudios Clínicos* 15 de Octubre de 1903. *Archi*. T. XII. Pág. 353.

Estadística del tracoma en Cuba. *Sociedad de Oftalmología*. T. VI. Pág. 305-1904.

Las oftalmias en la Isla de Cuba. Capítulo del Manual de Práctica Sanitaria de la República de Cuba. *Archivos de oftalmología Hispano-americanos*. T. IV. Pág. 141 a 273. 1904.

Como deben tratarse las granulaciones de la conjuntiva o sea el tracoma. Congreso Médico Latino de Buenos Aires. Abril de 1904. *Crónica Médico Quirúrgica de La Habana*. T. XXX. Pág. 83.

La profilaxis del tracoma en Cuba con relación a la inmigración y

basada en las escuelas públicas. Crónica Médico Quirúrgica de La Habana. T. XXXIII. Pág. 117. Rev. de Med. Cub. T. XII. Pág. 489.

Nuevas consideraciones acerca del tracoma en Cuba. II Congreso Médico Nacional cubano. Archivos de oftalmología Hispano-americanos. T. XI. Pág. 649-1911.

El tracoma puede extinguirse con el aseo riguroso casi exclusivamente. Crónica Médico Quirúrgica de La Habana. T. XXXIX. Pág. 561.

Sobre el falso tracoma en Cuba. Crónica Médico Quirúrgica de La Habana. T. XXXIX. Pág. 643.

La profilaxis del tracoma en Cuba. Crónica Médico Quirúrgica de La Habana. T. XI. Pág. 195. T. XLIII. Pág. 53-1917.

El tracoma o conjuntivitis granulosa en Tunez. Crónica Médico Quirúrgica de La Habana. T. XXXIX. Pág. 270. análisis.

¿Se cura el tracoma? Congreso de oftalmología de Valencia. Septiembre de 1916. Annales d'Oculistique París. Septiembre 1917. Archivos de oftalmología Hispano-americanos. T. 17. Pág. 53.
