

La Historia del Tracoma Desde Hace 5.000 Años

El tracoma, que es una inflamación específica, contagiosa y - crónica de la conjuntiva, es decir de la membrana transparente que cubre la parte visible del ojo y el lado interno de los párpados, se halla tan extendido, que V. Morax calcula en cien millones —un .ser humano de cada veinte— el número de los que sufren de esa enfermedad.

Ninguna raza es refractaria a la misma, aunque los negros sean, por lo general, menos sensibles. Ningún clima puede protegernos. Solares ha visto tracomosos en Bolivia a 4.000 metros de altitud. En diversas regiones de Asia y África, de cada diez personas, nueve padecen de tracoma o conservan cicatrices de él.

Este mal que ya era conocido por los egipcios hace 5,000 años se fue extendiendo por la cuenca mediterránea, el Próximo Oriente y las restantes partes de Asia.

Hipócrates, o sea 400 años antes de nuestra Era, lo trataba con acetato de cobre y el raspado. Con excepción de que empleaba también un hierro candente como cauterio, era casi exactamente la terapéutica de hoy día.

El nombre de esta afección se debe a las granulaciones que se observan en el lado interior de 'los párpados cuando éstos se vuelven al revés. Hipócrates las comparaba con los granitos de un higo abierto. Al principio, se parecen a los granos del sagú cocido, o a la hueva de la rana.

Celsio, que vivía en tiempo de Jesucristo, llama a esta afección *aspíritudo*, que quiere decir asperidades. Dioscórides —y tal vez no es el primero— emplea en el año 40 la palabra griega *trachoma*, derivada de *trachos*, rugoso.

Hacia el año 900, Ali-Ibn-el-Aissa, de Bagdad, cuyo tratado sobre las enfermedades oculares fue clásico durante todo el siglo, IX, describe los cuatro períodos, de esta *Uña de los ojos* y diferencia en ella las oftalmías secundarias, que, según dice con gran acierto, es preciso tratar en primer lugar. Los estudios posteriores no han hecho sino confirmar la exactitud de sus observaciones.

Las Cruzadas trajeron a Europa el germen del tracoma, cuya víctima más ilustre fue San Francisco de Asís, quien se contaminó durante su estancia en Egipto y en Palestina (1219-1220), muriendo casi ciego algunos años más tarde, agotado por su obra de apostolado, a la edad de 45 años (1226).

Puede tenerse la certeza de que estas Sociedades no escatimarán ningún esfuerzo para responder a tal llamamiento.

LIGA DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA
6, rue de l'ATHENE
GINEBRA.

Los mongoles introdujeron la enfermedad en Rusia y países, vecinos.

La expedición de Bonaparte en Egipto produjo la infección del ejército francés y del inglés, y después, la de toda Europa durante la primera mitad del siglo XIX. Desde hace unos sesenta años, los emigrantes han llevado el tracoma a los Estados Unidos y al Canadá, donde ha hecho numerosas víctimas entre los indios y, posteriormente, a Cuba, Brasil, Uruguay y la Argentina. Un poco más tarde fue contaminada por los inmigrantes de raza amarilla la costa occidental de América.

Como el tracoma procede de países cálidos, se atribuyó este mal al brillo del sol, al polvo y a las moscas. Pero su rápida propagación en Rusia, Polonia y Hungría no concuerda bien con esta explicación.

Hubo médicos militares que sostenían que el cuello de la guerrera y el quepis comprimían los vasos sanguíneos del cuello, con lo que *pe* producían trastornos circulatorios en la cabeza y en los ojos. El uniforme se modificó en varios países y se adoptaron otros cascos y chacos, pero sin el menor resultado.

Cuando Pasteur reveló el papel de los microbios, prevaleció la teoría del contagio por los miasmas. Sattler, en 1881, demostró el carácter infeccioso del tracoma al inocular a un ciego, que se prestó voluntariamente a la experiencia, una granulación de un enfermo; -siete días después el párpado mostraba señales inconfundibles de tracoma.

A partir de entonces, se han encontrado numerosos microbios en los ojos >de los tracomatosos, pero ninguno de estos descubrimientos ha resistido a la crítica.

En 1907, Waczek y Hellerstaedter, en Java, comprobaron en las "granulaciones de un tracomatoso y en las de un mono al que habían comunicado esta infección, unas "inclusiones" celulares características -de los virus, es decir de agentes que pasan a través de filtros bastante espesos para que sus poros intercepten los *más* pequeños microbios. Entre estos virus filtrantes, cuya naturaleza es todavía misteriosa desde muchos puntos de vista, figuran los gérmenes de la influenza, catarro, vacuna, viruela, varicela, sarampión, alfombra, paperas, rabia, tifus exantemático, fiebre amarilla, parálisis infantil, encefalitis letárgica, enfermedad de los loros (psitacosis) fiebre aftosa y el moquillo de los perros.

Por último, en 1910, A. Cuenod y Roger Nataf, en Túnez, adjugaron la prueba de que el tracoma se debe a uno de esos virus. Incluso lograron producirlo en un mono al que colocaron sobre la conjuntiva patas de moscas que habían encerrado durante algunas horas en un tubo que contenía un poco de virus tracomatoso. Este germen, que se destruye por desecación en media hora, es poco resistente. En efecto, los casos de contagio entre los médicos y enfermeras han sido originados casi siempre por la proyección directa

de la materia tracomatosa en el ojo durante el tratamiento de un enfermo; los soldados y marinos europeos no contraen esta afección en los lugares donde existe el tracoma más que cuando viven, con una mujer del país.

Para adquirir el tracoma, como para contagiarse de la lepra, es preciso, por lo general, exponerse a dichas enfermedades de manera continua: el caso del niño siempre en contacto con su madre, con sus hermanos, con una niñera, con sus amigos de juego, el del marido con su mujer; es lo que se ha llamado a veces "el regalo de bodas" o el "de la nodriza." Otras veces es necesario que el contagio vaya acompañado de un traumatismo en el ojo, y por eso casi todos los luchadores son tracomatosos. El contagio se produce excepcionalmente por un contacto momentáneo, como en los casos; señalados por J. Sedan, de un ingeniero francés y su mujer que efectuaban un corto viaje por Marruecos, albergándose exclusivamente en hoteles europeos, y de un agente de emigración que manipulaba en Alsacia la documentación de los emigrantes polacos.

Los vehículos de contagio son generalmente los dedos, pañuelos, toallas, las moscas y también, en los países musulmanes, el lápiz de kohl que se usa para ennegrecer los párpados.

Diversos factores favorecen la aparición de la enfermedad. Por una parte, el mal estado general y, sobre todo, la insuficiencia de alimentación en vitaminas, que origina lo que se ha denominado el adenoidismo o el linfatismo, es decir la predisposición a las vegetaciones adenoides, a la inflamación de las amígdalas y de los ganglios linfáticos; por otra parte, el polvo, las tempestades de arena, así como el frotarse y tocarse frecuentemente los párpados. En este aspecto, como en todos los demás de la higiene, la limpieza, una vivienda sana, sin que en ella vivan demasiadas personas, y un régimen alimenticio bien equilibrado, son las mejores garantías para conservar la salud.

LOS CUATRO PERIODOS DEL TRACOMA

El contagio del tracoma se produce casi siempre en los primeros años de la infancia, siendo raro en el periodo escolar. Como ocurre con la tuberculosis, el adulto más bien se vuelve a infectar que se contagia por primera vez, y, por lo general, sólo es un agente de contagio para su mujer e hijos. Los más peligrosos son los tracomatosos latentes, jóvenes o adultos, quienes apenas presentan síntomas aparentes, pero en los que se encuentran granulaciones cuando el oculista examina el interior de los párpados. Entre los escolares, es preciso, a veces, emplear un alumbrado especial y un microscopio adecuado para descubrir las tenues cicatrices de un tracoma curado. Hay ancianos con tracoma desde su infancia que presentan todavía algunas granulaciones, sin que la enfermedad les haya molestado jamás durante toda su vida. En un clima templado, don-

de no hay tempestades de arena, el tracoma puede revestir un carácter benigno si se dispone de agua y jabón, de una vivienda sana, y de buena alimentación. Pero, como veremos después basta con que se produzca en el ojo enfermo una conjuntivitis infecciosa para que el tracoma se convierta en una grave afección.

En su primer período no se observa nada anormal, a no ser frecuente abrir y cerrar de ojos.

En el segundo, las granulaciones que cubren el lado interno del párpado superior, y pronto del inferior también, producen al enfermo la sensación de granos de arena. El párpado superior se hace más grueso, quedando el ojo a medio cerrar y produciendo constante lagrimeo. Sin embargo, después de la primera infancia, la enfermedad tiende espontáneamente hacia su curación progresiva, a menos que una insuficiencia en la alimentación u otra causa cualquiera, debilite el estado general o bien que las irritaciones del párpado agraven la dolencia. En tales casos, la córnea, o sea esa especie de ventanilla redonda que se abre en el ojo, se cubre en parte, o en su totalidad, de un velo que la hace opaca, limitando o suprimiendo la visión; se puede aún salvar la córnea mediante un tratamiento adecuado. Además el borde del párpado se vuelve hacia dentro y las pestañas se pegan al ojo, y ésto únicamente puede evitarse por medio de una operación. Son complicaciones poco frecuentes cuando el enfermo tiene menos de 15 años, pero se observan más a partir de los veinte.

Pero la complicación más grave consiste en que además del tracoma aparezca una conjuntivitis primaveral u otoñal, o bien una conjuntivitis gonocócica, producida por una blenorragia del mismo paciente o de sus familiares. Como lo ha demostrado V. Morax, esta superposición de una inflamación violenta es la que ha hecho creer en las formas más o menos agudas del tracoma y la que le ha dado el nombre de oftalmía granulosa. La conjuntivitis supura, y el ojo se pierde si no se interviene enérgicamente.

Es preciso, pues, evitar que se produzca una nueva infección en el ojo del tracomatoso por el contacto de sus dedos o los de las otras personas, o con el uso de ropas contaminadas. Sin esas precauciones, el enfermo se vuelve desde luego a inocular constantemente el tracoma en el ojo enfermo y contamina al sano, pues esta afección no concede inmunidad alguna.

Transcurrido el período peligroso subsisten todavía granulaciones, pero la cicatrización se halla muy avanzada en el tercer período. Al finalizar éste, se entra en el cuarto período y entonces el enfermo no ofrece peligro de contagio.

Si se cuida desde el principio el tracoma puede pasar rápidamente del primero al tercer grado.

El tratamiento consiste en volver el párpado y dar unos toques *en su lado interno con una solución antiséptica. Cuando más tarde aparecen las granulaciones, éstas se cepillan, se aplastan, se expri-

men como se hace con una cereza para que salte el hueso, se raspan, y, en fin, se cauterizan con sulfato de cobre, previa insensibilización del párpado. Estos cuidados deben darse diariamente para acelerar la curación e impedir que el enfermo sea contagioso.

Se han experimentado multitud de otros **remedios**, pero ninguno lo ha sido con éxito decisivo. Sin embargo, en 1040, Etienne Burnet, Cuenod y Nataf por una parte, y B. Jasseron y G. Morand por otra parte, consiguieron la mejoría de las tres cuartas partes de sus enfermos administrando por vía bucal ciertos compuestos sulfamínicos, medicamentos que han dado maravillosos resultados en el tratamiento de la blenorragia y de ciertas septicemias. El porvenir nos dirá si hemos encontrado por fin el medio de dominar rápida y seguramente el tracoma.

Al mismo tiempo que se sigue el tratamiento local debe mejorarse el estado general con una alimentación rica en vitaminas, una vida higiénica y, si es posible pasando una temporada de descanso en el campo, la montaña o el mar. Asimismo, han de protegerse los ojos contra el sol, el viento, el polvo y las moscas.

Es esencial la limpieza de las manos, pañuelos y toallas. El enfermo evitará el frotarse los ojos e incluso, el tocar los párpados, salvo al lavarlos con la cara, dos veces al día. Se ha dicho que el tracomatoso debería tener siempre las manos metidas, en los bolsillos.

En todos los países en que es frecuente el tracoma se venden pomadas, lápices y colirios, a los que atribuyen resultados maravillosos. Esos remedios sólo han servido para enriquecer a sus fabricantes y vendedores. Puede afirmarse que son funestos, pues impiden el único tratamiento eficaz, que es el del oculista. En esta enfermedad, igualmente, el charlatanismo ejerce perniciosos efectos ■ que han de denunciarse y que la ley debe castigar con rigor.

LA PROFILAXIS DEL TRACOMA

El tracoma, como todas las enfermedades infecciosas, debe ser combatido con medidas generales y también con otras de carácter especial.

Las primeras consisten en el mejoramiento de la alimentación y de la vivienda, en la ventilación, destrucción de las moscas, limpieza del cuerpo y de la ropa, lucha contra las enfermedades debilitantes, como el paludismo, y contra las afecciones que pueden complicar el tracoma, figurando entre éstas, por ejemplo, la blenorragia. Es, en resumidas cuentas, la observación de la higiene individual, de la higiene pública y de la social. No puede llegarse a prevenir el contagio del tracoma si la población carece de agua pura en abundancia y de jabón barato para el aseo personal y el lavado de la ropa, si está hacinada en tugurios malsanos, mal ali-

mentada, e ignora las precauciones que han de tomarse, y si la asistencia médica no es fácilmente accesible.

Ahora bien, es necesario asimismo realizar esfuerzos especiales, para vencer esta afección, teniendo siempre presente que un enfermo puede estar contaminado sin saberlo y sin que lo denuncie ningún síntoma visible.

La *profilaxis personal* enseña a lavarse los ojos dos o tres veces al día con agua hervida en forma de ligera infusión de té o de mate. Es preciso igualmente:

lavarse con agua y javón todos los días la cara y párpados, cerrando los ojos,

limpiarse con frecuencia las manos y uñas, principalmente después de cualquier contacto sospechoso y después de haber efectuado las funciones naturales,

evitar el frotarse los ojos con los dedos y, si ésto no puede impedirse, hacerlo con el revés de la mano o mejor aún, con un lienzo limpio,

no tocar nunca el ojo sano cuando el otro se halla enfermo,

emplear únicamente pañuelos, toallas y ropa de cama personales; hervirlos después de su uso durante media hora en agua que contenga un dos por ciento de carbonato de sosa (cristales de sosa),

ventilar las habitaciones y las ropas de cama durante varias horas, por la mañana, y la ropa y vestidos personales durante la noche,

preservarse de las moscas y, a ese efecto, cubrir con un velo de gasa la cabeza de los niños pequeños durante su sueño,

consultar al oculista en cuanto se sienta la menor molestia o dolor en el ojo, o cuando éste lagrimea, o se enrojecen los párpados, se inflaman o tienen tendencia a pegarse, o cuando se observa la formación de una secreción en el lagrimal.

La enfermera visitadora constituye la base central de la *profilaxis* familiar. Antes de que nazca el niño, la enfermera enseñará a la madre las precauciones que acabamos de enumerar. Velará por que cada niño posea su cuna, y que no le besen nunca en los ojos o le toquen los párpados y pestañas a no ser para lavarlos. Enseñará cómo ha de hervirse la ropa, cómo se ventilan las habitaciones y cómo se destruyen las moscas. La enfermera observará si existen señales de tracoma en los padres, niños y servicio doméstico, y, en caso afirmativo, los conducirá a un dispensario. Si fuese imprescindible, procederá a distribuir pañuelos, toallas y gafas ahumadas.

La *'profilaxis escolar* exige que cada escuela esté provista de agua corriente para que los alumnos puedan lavarse la cara y manos, pero se prohibirá rigurosamente el empleo de toallas comunes. El médico y la enfermera —que habrán recibido una formación teórica y práctica— explicarán a los niños el peligro que presenta el tracoma y los medios de preservarse del mismo. Al principio de

cada año, se examinarán los ojos de cada alumno. En las regiones ■ en que esté extendida la enfermedad, los dispensarios escolares organizarán los reconocimientos sistemáticos para el descubrimiento y tratamiento de casos, pidiendo confiarse al maestro, los cuidados que se den diariamente, ya que el material de que ha de disponer es sencillo y las curas fáciles de aprender. Si es poco elevado el número de alumnos enfermos, se les reunirá en clases especiales; o aún mejor, se crearán colonias donde se restablecerá, su salud y de este modo, podrá evitarse que continúen contagiando y, al mismo tiempo, se permitirá una curación más rápida gracias a la continuidad de los cuidados.

La vigilancia habrá de ser particularmente intensa en las guarderías de niños, pensionados y colegios de huérfanos, donde el contagio es mucho más de temer que en la escuela; eventualmente, se ■ crearán secciones especiales para los tracomatosos.

La *profilaxis militar* requiere, no ya que se excluyan del servicio a los tracomatosos, sino que se les incorpore en batallones, especiales, y de este modo el tratamiento no tardará en surtir sus efectos.

La *profilaxis social* consiste ante todo en la enseñanza por la palabra, carteles, artículos, periódicos, prospectos, proyecciones luminosas, cinematógrafo, gramófono, radiofonía, exposiciones y museos. En los medios musulmanes, hay poemas, canciones y piezas teatrales consagradas al tracoma. En Cerdeña, el clero ha patrocinado activamente la lucha contra esta enfermedad.

Se organizarán cursos para el cuerpo docente, enfermeras, comadronas y también para los médicos, pues el examen de enfermos para descubrir el tracoma debe figurar en la práctica de la medicina general.

Según un plan cuidadosamente establecido, se multiplicarán y coordinarán los hospitales, los servicios y los dispensarios oftalmológicos con objeto de que la asistencia y el tratamiento estén al alcance de todos. Una vez llevada a cabo esta obra se impondrá la declaración obligatoria del tracoma.

En los hospitales, asilos para alienados y prisiones se organizarán los reconocimientos para descubrir el tracoma y se establecerán, si hay lugar, secciones especiales.

Lo mismo que en la escuela, se efectuará el examen periódico de los ojos en talleres, fábricas, oficinas y entre el personal de ferrocarriles, tranvías y barcos, en las asociaciones deportivas y en las agrupaciones de la juventud. A este respecto, pueden prestar grandes servicios las mutualidades y las instituciones de seguros sociales.

La *profilaxis internacional* consiste en el control que debe ejercerse antes de la partida de los emigrantes, por las compañías de navegación y los organismos que se ocupan de los mismos, y en la frontera después, por el servicio de higiene del Gobierno.

Lo más importante es que los esfuerzos sean debidamente coordinados y que vayan animados de un constante estímulo. Se requiere, desde luego, estrecha colaboración entre los servicios de higiene, la inspección del trabajo, la inspección médica escolar, el cuerpo médico y el docente, las obras de protección a la infancia, la Cruz Roja y los hospitales, dispensarios y clínicas.

Las instituciones para el descubrimiento de casos y el tratamiento revestirán un carácter permanente; su personal de médicos y enfermeras tendrán carácter fijo, estando convenientemente remunerado. Como es sabido, el contagio se produce con más frecuencia en las familias y entre los niños pequeños. Pero *si* es bien difícil llegar a todos los hogares se puede conseguir este fin por medio del alumno, ya que la obligatoriedad escolar permite vigilar a toda la juventud, así como tratar la enfermedad en un período en que su curación es relativamente fácil, es decir cuando todavía no ha originado complicaciones; al mismo tiempo se evita que los niños sean contagiosos y, por último, se les enseña las precauciones que han de tomar y cuya práctica difunden en *sus* familias. Da esta manera se ilustra la opinión pública acerca de las reglas y ventajas de la profilaxia y del tratamiento. Tales directivas, confirmadas por la experiencia universal y sostenidas por todas las instituciones y personalidades competentes han sido puestas en práctica por la Cruz Roja argentina, y son las que, por iniciativa de ésta, recomienda la IV Conferencia Panamericana de la Cruz Roja celebrada en Santiago de Chile en diciembre de 1940, vajo los auspicios de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, a todas las **Sociedades** que quieran participar en la lucha contra un mal tan temible como el que constituye el tracoma.

LA CRUZADA CONTRA EL TRACOMA

En los Estados del oeste y del norte de Europa, el tracoma, eficazmente combatido en el ejército por los médicos militares y en la escuela por la inspección médica, estaba en vías de desaparición a fines del siglo XIX. En Amsterdam se creó en 1880 un servicio oftalmológico escolar.

Entre los países de fuerte infección, fue Hungría el que inició la lucha sistemática. Merced a una enérgica campaña del profesor Feuer, se votó en 1886 una ley creando, a cargo del Estado, diversas instituciones para descubrir los casos de enfermedades de los ojos y para tratarlas, así como también cursos para preparar a los médicos en la tarea que les incumbía en ese terreno. En 1903, el profesor E. von Grosz sucedió a Feuer en la dirección de esa campaña y consiguió del Conde Stephen Tissa, Presidente del Consejo de Ministros, una disposición ordenando la declaración oficial del tracoma y el examen periódico de los ojos en las escuelas, colegios internos y de huérfanos, talleres, fábricas y entre el servicio domes-

tico, los inmigrantes y los húngaros de regreso del extranjero. Los reclutas ya estaban sometidos a esa medida. Estaba prevista también la creación de escuelas especiales cuando la proporción de alumnos tracomatosos excediera de 10 p. 100 y la creación de dispensarios y hospitales oftalmológicos. Esta política se prosigue hoy día aún.

Prusia siguió el ejemplo de Hungría a partir de 1896, y Rusia algunos años más tarde. En lo que toca a Egipto, un financiero y generoso filántropo, Sir Ernest Cassel, constituyó en 1903 un fondo de 40.000 libras egipcias para organizar en el valle del Nilo dos hospitales oftalmológicos móviles de 500 camas cada uno. El Dr. A. F. Mac Callan, primer médico del Royal Ophthalmological Hospital de Londres, se distinguió en esa cruzada que dirigió 'durante 20 años y a la que se asoció el Gobierno egipcio creando unos treinta hospitales fijos, quince ambulantes y alrededor de cuarenta dispensarios escolares.

La primera escuela italiana para tracomatosos se abrió en Florencia en el año 1907.

En 1910, el Dr. Enrique B. Demaria, profesor de clínica oftalmológica, en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, comisionado por el Departamento Nacional de Higiene para efectuar una encuesta acerca del tracoma, redactó una magistral memoria de 188 páginas describiendo la distribución de la enfermedad en las diversas provincias de la Argentina, y exponiendo un plan completo de lucha en el que figuraban principalmente las medidas que habían de adoptarse en favor de los escolares. En 1924, presentó un nuevo trabajo admirablemente documentado al II^o Congreso de Ciencias Médicas, celebrado en Sevilla. En el mismo año, el Dr. Gregorio Araos Alfaro, Jefe del Departamento Nacional de Salud Pública de la República Argentina, creó una sección de profilaxis del tracoma, cuyo jefe, el Dr. Antonio Barbieri, emprendió una nueva encuesta que abarcaba todo el país.

En 1926, la Sociedad Médica de Córdoba (Argentina) procedió a la difusión de un cuestionario sobre esta materia. La Liga argentina contra el tracoma fundó en 1928, por iniciativa de la Cruz Roja argentina el Dispensario oftalmológico Enrique B. Demaría en Santiago del Estero. Su director, el Dr. Rodolfo Olle emprendió seguidamente una activa campaña en las familias y las escuelas creando dispensarios escolares, formando enfermeras visitadoras: especializadas y obteniendo la colaboración de los médicos y del cuerpo docente. El éxito de esta obra indujo al Departamento Nacional de Higiene a nacionalizar en 1940 dicho dispensario, con el asentimiento de la Cruz Roja y de la Liga contra el tracoma, representadas por el Dr. Anterior Alvarez, quien había sometido un plan de lucha contra el tracoma basado sobre la acción escolar a la Primera Conferencia Nacional de Asistencia Social (B. Aires, 1928). Este programa fue aprobado por la Conferencia Panamericana de directo-

res de los servicios de Salud Pública (Washington, 1936). De conformidad con estos fines, la Cruz Roja argentina introdujo en su enseñanza, la teoría y la práctica del examen de los ojos, los cuidados y los vendajes oculares. Ante los brillantes resultados obtenidos, la IV Conferencia Panamericana de la Cruz Roja (Santiago de Chile, 1940) votó una resolución recomendando se llevara a la práctica en todos los Estados americanos el plan preconizado por la Cruz Roja argentina.

Tampoco permanecieron inactivas en estos años otras Sociedades de la Cruz Roja. En 1925, creó la Cruz Roja helénica el dispensario oftalmológico de Laurion; desde 1929, la Cruz Roja polaca ha luchado contra el tracoma por medio de columnas móviles, dispensarios y los servicios oftalmológicos de sus centros de salud pública; la Cruz Roja francesa ha inaugurado en África diversos dispensarios.

Por otra parte coordinaron sus esfuerzos las Sociedades de oftalmología de los diferentes países y las ligas contra el tracoma, creadas principalmente en el Japón, en 1915, en Francia, en 1923, en la República Argentina hacia la misma época, y en el Estado de San Pablo (Brasil) en 1930. La Organización internacional contra el tracoma fue fundada en Ginebra en 1930, bajo la presidencia «del Dr. de Grosz, teniendo por colaborador inmediato al Dr. Wibaut, de Amsterdam, secretario general. La *Revista del Tracoma*, editada en París desde 1942, se denominó a partir de 1926, *Revista Internacional del Tracoma*.

En 1934, el profesor de Lapersonne, de-París, presidente de la asociación internacional de profilaxis de la ceguera, organizó una reunión común, presidida por el profesor de Grosz, perteneciente a esta asociación y a la Organización internacional.

La intervención de los gobiernos no ha cesado de extenderse en esta lucha universal. Ya en 1897, los Estados Unidos procedían a examinar los inmigrantes, obligando a las compañías de navegación a repatriar a los tracomatosos. Esta precaución, es ahora general. En un número de países cada vez mayor es obligatoria la declaración del tracoma. Finlandia, Italia, Grecia y Francia en su imperio, han establecido una organización eficaz. Polonia la completó con el hospital de Witkowice, la U.R.S.S con el Instituto del tracoma de Kazan, Eslovaquia con el "censo de los tracomatosos." En Rumania, España, Palestina, México, Brasil, se han continuado realizando idénticos esfuerzos. El efectuado en el Uruguay ha sido descrito por el profesor Vásquez Barriere, en el año 1930, al celebrarse el Congreso, del Centenario, en Montevideo. En el Japón, donde es obligatorio el tratamiento desde el decreto imperial de 1919, un millar de dispensarios realizan 10 millones de exámenes todos los años y cuidan a 500.000 tracomatosos. En los Estados Unidos se ha creado un servicio especial para los indios.