

Contribución al Estudio Etiológico de las Iridociclitis

Por el Dr. J. Gómez-Márquez

Tesis presentada por su autor en el acto de incorporación a la Facultad de Medicina y Cirugía de Honduras.

P R E Á M B U L O

Las afecciones que se localizan en el globo ocular, obedecen en general a dos grandes grupos etiológicos: uno que está en relación con factores exógenos y otro con factores endógenos, es decir, que en los de este último, los agentes son llevados a las diferentes partes del globo por el torrente circulatorio. Las primeras, las que tienen su origen en causas exógenas, son las que menos interesan al médico general, por ser afecciones puramente locales, como por ejemplo las diversas conjuntivitis, el tracoma, etc. En cambio, las segundas, las que son producidas por un agente general, revisten una gran importancia para el médico general, que tiene ante sí, simplemente la localización ocular de una entidad morbosa general. Este es el caso de las queratitis parenquimatosas, de las escleroqueratitis, de las iridociclitis y de las coroiditis. Todas estas enfermedades, obedecen a un grupo muy reducido de entidades morbosas: tuberculosis, sífilis, reumatismo e infecciones generales; como se ve, las mismas que afectan con mayor frecuencia a otros órganos de nuestra economía.

Incumbe en estas circunstancias al oftalmólogo, hacer el diagnóstico etiológico diferencial de estas afecciones, tarea muchas veces ardua, si tenemos en cuenta que las características locales de una queratitis intersticial o de una iridociclitis, son casi las mismas, aunque al agente etiológico sea distinto. Es lo mismo que sucede con otros órganos internos, para el caso, el hígado, que puede ser asiento de una inflamación aguda o crónica, pero sin presentar síntomas locales suficientemente claros para permitirnos hacer un diagnóstico etiológico. Por estas razones, el oftalmólogo tiene por fuerza que recorrer el mismo camino que el médico general: por una parte hace un estudio minucioso del órgano afecto, con el fin de darse cuenta de si el aspecto local del mismo puede darle una orientación etiológica; pero a parte de esto, que habitualmente es insuficiente, procede a llevar a cabo un estudio general del organismo, para orientarse sobre el terreno humano que tiene ante sí. Es así, como en gran número de casos, los diagnósticos etiológicos de un órgano se hacen no ya la sintomatología local, sino por el hecho de encontrarse aquél en un paciente

con síntomas generales de tuberculosis, reumatismo, sífilis, etc.. En otras palabras, son diagnósticos por exclusión.

Los distintos exámenes complementarios, tienden a orientarnos aún más y de ahí que el médico general insista continuamente en el hallazgo de reacciones específicas de cada una de las enfermedades, para salir de la confusión en que muchas veces se encuentra.

En el caso del oftalmólogo, nos parece que merece un especial interés, el estudio de la patología del iris, porque poseyendo éste, todas las características de un órgano interno, como el pulmón, el bazo o el hígado, y por lo tanto enfermándose de la misma manera que éstos, reúne la condición excepcional, de estar situado detrás de una membrana transparente que es la córnea. Es algo así, como si por un capricho de la naturaleza, una pared abdominal transparente nos permitiera observar con todo detalle el hígado, el bazo o el mesenterio. Si a estas condiciones agregamos, el hecho de poseer para el estudio del iris, aparatos tan perfeccionados como la lámpara de hendidura, se comprenderá cuánta importancia desde el punto de vista general, tendrán las reacciones que se efectúen en el iris, bien sea en forma espontánea por la acción de agentes patógenos, o en forma provocada por la introducción en el organismo de agentes susceptibles de efectuar reacciones focales. Porque si bien éstas se efectúan en muchos órganos, no los podemos estudiar en detalle, por tratarse de órganos internos; por el contrario, el iris, que posee el rango y las peculiaridades de tal, está al descubierto, por así decir y es capaz de ser examinado por medios sumamente precisos.

Queremos hacer aún una aclaración: al hablar de iris, debemos en realidad extender este concepto al cuerpo ciliar por las íntimas relaciones que con él tiene y por estar en continuidad con él, así como por el hecho de que la inflamación abarca en general a ambos, predominando unas veces la iritis y otras la ciclitis, pero siendo en suma una verdadera iridociclitis, es decir, una inflamación conjunta del cuerpo iridociliar.

Por todas estas razones, y tomando en cuenta el hecho antes apuntado, de que el iris y el cuerpo ciliar, como otras partes del ojo, se enferman con mucha frecuencia, presentando iguales aspectos locales, pero siendo difícil, establecer su etiología en una forma rigurosamente científica, resolvimos en el año de 1934, hacer un estudio detenido de las reacciones focales obtenidas en el ojo, mediante la introducción de tuberculina, en una u otra forma en el organismo, es decir, bien sea por medio de inyecciones o por instilaciones conjuntivales. En estas experiencias colaboró con nosotros, ocupándose de las reacciones generales del organismo, el Dr. Soriano-Jiménez, profesor de la Cátedra de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Hemos querido aprovechar esta oportunidad, la de efectuar nuestra incorporación a 3a Facultad de Medicina de Honduras, para presentar este trabajo, fruto de la experiencia personal, con

Contribución al Estudio Etiológico de las Iridociclitis

Por el Dr. J. Gómez-Márquez

Tesis presentada por su autor en el acto de incorporación a la Facultad de Medicina y Cirugía de Honduras.

P R E A M B U L O

Las afecciones que se localizan en el globo ocular, obedecen; en general a dos grandes grupos etiológicos: uno que está en relación con factores exógenos y otro con factores endógenos, es decir, que en los de este último, los agentes son llevados a las diferentes partes del globo por el torrente circulatorio. Las primeras, las que tienen su origen en causas exógenas, son las que menos interesan al médico general, por ser afecciones puramente locales, como por ejemplo las diversas conjuntivitis, el tracoma, etc. En cambio, las segundas, las que son producidas por un agente general, revisten una gran importancia para el médico general, que tiene ante sí, simplemente la localización ocular de una entidad morbosa general. Este es el caso de las queratitis parenquimatosas, de las escleroqueratitis, de las iridociclitis y de las coroiditis. Todas estas enfermedades, obedecen a un grupo muy reducido de entidades morbosas: tuberculosis, sífilis, reumatismo e infecciones generales; como se ve, las mismas que afectan con mayor frecuencia a otros órganos de nuestra economía.

Incumbe en estas circunstancias al oftalmólogo, hacer el diagnóstico etiológico diferencial de estas afecciones, tarea muchas veces ardua, si tenemos en cuenta que las características locales de una queratitis intersticial o de una iridociclitis, son casi las mismas, aunque al agente etiológico sea distinto. Es lo mismo que sucede con otros órganos internos, para el caso, el hígado, que puede ser asiento de una inflamación aguda o crónica, pero sin presentar síntomas locales suficientemente claros para permitirnos hacer un diagnóstico etiológico. Por estas razones, el oftalmólogo tiene por fuerza que recorrer el mismo camino que el médico general: por una parte hace un estudio minucioso del órgano afecto, con el fin de darse cuenta de si el aspecto local del mismo puede darle una orientación etiológica; pero a parte de esto, que habitualmente es insuficiente, procede a llevar a cabo un estudio general del organismo, para orientarse sobre el terreno humano que tiene ante sí. Es así como en gran número de casos, los diagnósticos etiológicos de un órgano se hacen no ya la sintomatología local, sino por el hecho de encontrarse aquél en un paciente.

con síntomas generales de tuberculosis, reumatismo, sífilis, etc. En otras palabras, son diagnósticos por exclusión.

Los distintos exámenes complementarios, tienden a orientarnos aún más y de ahí que el médico general insista continuamente en el hallazgo de reacciones específicas de cada una de las enfermedades, para salir de la confusión en que muchas veces se encuentra.

En el caso del oftalmólogo, nos parece que merece un especial interés, el estudio de la patología del iris, porque poseyendo éste, todas las características de un órgano interno, como el pulmón, el bazo o el hígado, y por lo tanto enfermándose de la misma manera que éstos, reúne la condición excepcional, de estar situado detrás de una membrana transparente que es la córnea. Es algo así, como si por un capricho de la naturaleza, una pared abdominal transparente nos permitiera observar con todo detalle el hígado, el bazo o el mesenterio. Si a estas condiciones agregamos, el hecho de poseer para el estudio del iris, aparatos tan perfeccionados como la lámpara y la hendidura, se comprenderá cuánta importancia desde el punto de vista general, tendrán las reacciones que se efectúen en el iris, bien sea en forma espontánea por la acción de agentes patógenos, o en forma provocada por la introducción en el organismo de agentes susceptibles de efectuar reacciones focales. Porque si bien éstas se efectúan en muchos órganos, no los podemos estudiar en detalle, por tratarse de órganos internos; por el contrario, el iris, que posee el rango y las peculiaridades de tal, está al descubierto, por así decir y es capaz de ser examinado por medios sumamente precisos.

Queremos hacer aún una aclaración: al hablar de iris, debemos en realidad extender este concepto al cuerpo ciliar por las íntimas relaciones que con él tiene y por estar en continuidad con él, así como por el hecho de que la inflamación abarca en general a ambos, predominando unas veces la iritis y otras la ciclitis, pero siendo en suma una verdadera iridociclitis, es decir, una inflamación conjunta del cuerpo iridociliar.

Por todas estas razones, y tomando en cuenta el hecho antes apuntado, de que el iris y el cuerpo ciliar, como otras partes del ojo, se enferman con mucha frecuencia, presentando iguales aspectos locales, pero siendo difícil establecer su etiología en una forma rigurosamente científica, resolvimos en el año de 1934, hacer un estudio detenido de las reacciones focales obtenidas en el ojo, mediante la introducción de tuberculina, en una u otra forma en el organismo, es decir, bien sea por medio de inyecciones o por instilaciones conjuntivales. En estas experiencias colaboró con nosotros, ocupándose de las reacciones generales del organismo, el Dr. Soriano-Jiménez, profesor de la Cátedra de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Barcelona.

Hemos querido aprovechar esta oportunidad, la de efectuar nuestra incorporación a la Facultad de Medicina de Honduras, para presentar este trabajo, fruto de la experiencia personal, con

la esperanza de que pueda ser útil a nuestros colegas y a los estudiantes, sirviéndoles de base para llevar a cabo análogos estudios con nuestros enfermos.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico etiológico de las iridociclitis *no* relacionadas con un determinado cuadro específico, plantea uno de los problemas más difíciles de patología ocular, ya que no hay ningún signo que permita señalar en cada caso y con certeza el origen del padecimiento. Así resulta, que en ausencia de signos específicos, el diagnóstico debe apoyarse en muchas ocasiones, en la presencia o ausencia *dé* síntomas de una enfermedad general, por lo que se deduce de ello que el diagnóstico etiológico de las iridociclitis, resulta en realidad bastante problemático y se hace en gran parte por exclusión. Y así vemos, que conceptuamos una uveítis como sifilítica, reumática o leprosa, no porque tenga las características locales de cada una de estas entidades, sino porque se desarrolla en terrenos sifilíticos, reumáticos o leproso, respectivamente. Algo análogo sucede en el diagnóstico de las uveítis tuberculosas, salvo en el caso en que se hallen verdaderos tubérculos.

Ahora bien, aunque es cierto que en los padecimientos oculares de los sifilíticos, existe en general, una estrecha relación entre lo local y lo general, sería un error trasladar este concepto al diagnóstico de las iridociclitis tuberculosas, porque como todos sabemos, es sumamente raro que los oftalmólogos observemos lesiones oculares activas de origen tuberculoso, en enfermos con igual tipo de lesiones en los órganos internos, y por otra parte, es igualmente excepcional que los fisiólogos encuentren afecciones oculares de tipo tuberculoso entre sus enfermos; por otra parte, debemos tener en cuenta, que según se demuestra por la radiología y por la reacción tuberculínica, el 95% de las personas que viven en medios civilizados, presentan procesos activos tuberculosos de mayor o menor importancia. De todo esto se deduce: que si para llevar a cabo el diagnóstico de iridociclitis tuberculosa, no basta ni el cuadro clínico de la enfermedad ni el hecho de que el individuo esté más o menos cargado de bacilos, debemos de preocuparnos más y más, en buscar los medios oportunos para vencer la inseguridad diagnóstica, con tanta mayor razón cuanto que en gran parte, el tratamiento depende del diagnóstico etiológico.

A pesar de los errores a que pueda estar sujeta, no cabe duda, que la reacción específica local por medio de la tuberculina, suministra las mayores posibilidades de éxito. Sin embargo, teniendo en cuenta, que a parte del estado local, desempeñan un papel de primer orden, el estado general del organismo y las condiciones de inmunidad para la infección, hemos decidido en el curso de este trabajo, hacer un estudio minucioso no sólo del estado local, sino también del general, en el curso de las diversas pruebas diagnósticas. Para la reacción diagnóstica focal, hemos utilizado

unas veces la inyección íntra o subcutánea de tuberculina, y otras, la instilación de esta substancia en el ojo del enfermo (oftalmo-reacción).

Tanto las instilaciones como las inyecciones que se llevaron a cabo en enfermos que presentaban un cuadro sospechoso de tuberculosis ocular, pero que estaban libres de todo proceso bacilar activo desde el punto de vista clínico y radiológico. El material empleado para estas experiencias, fue siempre la tuberculina vieja de Koch en sus frescos originales (Meister y Lucius).

INYECCIONES DE TUBERCULINA INTRA Y SUBCUTÁNEA PARA REACCIONES FOCALES EN CASOS SOSPECHOSOS DE TUBERCULOSIS

Es preciso citar entre aquellos que usaron las inyecciones desde el punto de vista diagnóstico, con mayor método y amplitud, a Bandelier y Ropke en primer término, así como a A. V. Hippel. Los primeros afirmaban que con el empleo de inyecciones subcutáneas de 1 mgr., las reacciones focales para diagnóstico ocular, resultaban positivas en todos los casos sospechosos de tuberculosis. El segundo, autoridad bien conocida en el campo de la terapia tuberculínica, sostenía que las reacciones focales fuertes debían ser evitadas, particularmente en los niños, en los cuales se observaba frecuentemente, que después de la inyección, se necrosaban los tubérculos de la tuberculosis corneal.

En razón de estas opiniones tan dispares, decidimos ser muy prudentes en nuestros experimentos. Para éstos nos sirvieron 50 enfermos con queratoconjuntivitis flictenular recidivante con nódulos en evolución, 10 tracomatosos con pannus; 5 con escleroqueratitis en plena evolución; 6 con queratitis parenquimatosa; 10 con iridociclitis y 3 con formas juveniles, recidivantes de hemorragia del vítreo.

La dosis usada varió desde medio hasta un décimo de mgr. de la solución al 1 por 100, según la edad del paciente y la intensidad de la inflamación. Las inyecciones se repitieron en general hasta cuatro veces, de tal forma que en algunas ocasiones se llegó en forma progresiva hasta 2 y 5 mgrs.

Por lo que se refiere al diagnóstico de las afecciones oculares, el resultado era constantemente negativo: en ninguno de los mencionados enfermos, pudimos comprobar en el curso de las pruebas, la menor modificación, que nos pudiese hacer pensar en una reacción focal en el ojo. Por el contrario, pudimos ver casi constantemente dos hechos importantes:

1°—Todos nuestros pacientes reaccionaban a las inyecciones con fiebre más o menos intensa, cefalalgia, debilitamiento general, anorexia, palidez, transformación de los rasgos de la cara, tos seca y fuerte, etc. En muchos casos se observaban reactivaciones de las lesiones pulmonares, con síntomas generales tan temibles que nos veíamos precisados a suspender las experiencias.

2°—Estas inyecciones, iban seguidas en aquellos casos en los que se podían repetir sin la menor reacción focal, de una mejoría visible del estado local y general, y en algunos casos, incluso de la curación total.

Quiere todo esto decir, que a pesar de tratarse de personas sanas, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico, se vieron en muchos casos reacciones generales y focales pulmonares, con tal intensidad que hubiera sido imprudente intentar aumentar la dosis con el fin de producir las reacciones oculares deseadas.

En atención a ello, suspendimos provisionalmente nuestras experiencias, con la intención de reanudarlas más adelante con cambios en la dosificación y teniendo en cuenta además que la reacción intracutánea parece ser mejor para el ojo que la subcutánea, ya que produce menos reacciones generales y focales en los pulmones.

EMPLEO DE LAS INSTILACIONES DE TUBERCULINA EN EL OJO PARA DIAGNOSTICO LOCAL

Como es sabido, fue Wolff-Eisner, el primero que en 1907, en Berlín, utilizó la instilación ocular de la tuberculina en el diagnóstico de una tuberculosis general, con la idea de que en realidad era parecido al procedimiento de von Pirquet para la piel. Poco tiempo después, Calmette, dio a conocer su procedimiento de la instilación ocular de tuberculina, para lo cual usó el producto de la precipitación de las tuberculinas en solución alcohólica al 95%. Poco después de su publicación, empezó a ser usado por los pediatras, si bien con resultados diversos, pero demostrando, sin embargo, claramente, que tenía un valor grande en el diagnóstico de la tuberculosis infantil. Por el contrario, en los adultos, los resultados eran tan inseguros, que permitieron decir a Bandelier y Ropke, que la reacción era positiva en la mitad de todas las tuberculosis activas.

La técnica consistía en la instilación de solución de tuberculina del medio al uno por ciento en el ojo. La instilación podía ser repetida en el otro ojo, si la primera había sido negativa, con una solución al 4%. Según Bandelier y Ropke, la positividad podía ser dividida en tres grupos: al primero correspondía un enrojecimiento de la carúncula y de la conjuntiva palpebral; al segundo este enrojecimiento se extendía por la conjuntiva bulbar; en el tercero había un enrojecimiento que se extendía por todo el ojo, con quémosis, edema palpebral, secreción fibrinosa que algunas veces llegaba a ser purulenta. Las insolaciones que iban seguidas de resultado positivo, fueron consideradas como "particularmente intensas." Otro método para conseguir una reacción conjuntiva, consistía en llevar a cabo una inyección subcutánea de tuberculina poco días después de la instilación ocular, o también efectuar una segunda inyección de esta clase, pero varios días después de la Primera.

Los cortes histológicos llevados a cabo por Stanculeanu con biopsias de conjuntiva con el fin de estudiar su reacción, muestran una analogía con las modificaciones histológicas de la piel, encontradas por von Pirquet (presencia de leucocitos polinucleares en las capas mucosas de la superficie y células mononucleares y linfocitos en las capas profundas).

Y así, la oftalmorreacción fue admitida como procedimiento para el diagnóstico específico de la tuberculosis general, fundándose en la sensibilidad de los tuberculosos con respecto a la tuberculina.

A pesar de su especificidad en el diagnóstico de la tuberculosis general, se desistió de la oftalmorreacción no sólo a causa de los resultados inconstantes en los adultos y la imposibilidad de deducir por ella la localización de la enfermedad, sino sobre todo por los daños focales que ocasionalmente causaba, especialmente cuando se trataba de verdaderas afecciones tuberculosas (Abineau). Así, Trousseau llamó la atención sobre el peligro de la oftalmorreacción en los niños escrofuloso? y en los casos de iritis tuberculosas crónicas y bilaterales. Kalt, Adam, Waldstein, A. Chile, Abineau, Barbier y otros, señalaron asimismo algunas complicaciones serias. Todas estas observaciones condujeron a considerar la reacción de Calmette como absolutamente contraindicada en las afecciones oculares, sobre todo en los casos de conjuntivitis y otras afecciones tuberculosas del globo. Wolff-Eimer y Bandelier, incluso, consideraron que no eran apropiadas ni siquiera para fines científicos, teniendo en cuenta, como también piensa Rit-ter, que las reinstilaciones son particularmente peligrosas.

Durme y Stoché, observaron en ojos sanos, secuelas tardías análogas a las iritis observadas por von Daele, después de la reacción cutánea de von Pirquet, bajo la forma de flictenas, inyección periquerática con formación de nódulos en las vainas arteriales. Es notable el hecho de que esas flictenas pueden, aparecer asimismo en ojos sanos (Adams), después de una inyección de tuberculina subcutánea.

Sin embargo, no todos los autores se muestran tan pesimistas sobre la práctica de la oftalmorreacción para usos generales; así lo considera Abineau, a quien ya hemos mencionado, opinando que si bien no está indicada en las afecciones sospechosas de ser tuberculosas, sí pueden ser empleadas en los casos de conjuntivitis banales. Por otro lado, Calmette, que precisamente ve en las conjuntivitis una contraindicación formal, no tiene nada que objetar al empleo de la reacción para enfermedades internas del ojo, incluso cuando son de naturaleza tuberculosa, por lo cual cree que quizá puede ser de utilidad para el oftalmólogo. Morax, opina que puede ser perjudicial en casos de conjuntivitis tuberculosas, pero las considera inocuas en casos de tuberculosis de la úvea. Petit "ha considerado las instilaciones en los ojos tuberculosos no sólo como inocuas, sino incluso como determinantes de la curación. Brunetiere utiliza la instilación para el tratamiento de la tuberculosis ocular, y especialmente con gran éxito, en los casos de iri-

tis tórpidas, de queratitis parenquimatosas y de coroiditis exudativas, siendo lo más extraño de sus observaciones, el hecho de que en todos los casos curados, la oftalmorreacción, tenía un resultado negativo. Explicaba este hecho diciendo *que* la inflamación concomitante de las membranas oculares paralizaba el efecto de la prueba. Asimismo Stephenson, que usaba la oftalmorreacción, en el diagnóstico de la tuberculosis ocular, observó con el método, algunos resultados en casos de iridociclitis, escleritis y coroiditis de etiología incierta.

En razón de tal cantidad de opiniones contradictorias, hemos llevado a cabo, una serie de experiencias con el objeto de decidir:

1°—Si realmente la instilación de tuberculina, en el ojo, lleva consigo peligros que señalan la mayoría de los autores arriba, mencionados.

2°—Si, estas instilaciones, sentada su inocuidad, pueden servir para fines diagnósticos.

Hemos dividido nuestro material humano en cuatro grupos: los dos primeros contienen personas con ojos sanos o por lo menos desprovistos con seguridad de afecciones oculares tuberculosas; los dos grupos restantes, están formados por enfermos, con afecciones oculares sospechosas de ser tuberculosas o con iridociclitis aparentemente relacionadas con un origen verosímilmente bacilar.

Los mencionados grupos están divididos en la siguiente forma:

1°—Personas completamente normales tanto desde el punto de vista ocular, como general. (Oftalmorreacción según Wolff-Eisner y Bandelier-Ropke).

2°—Personas no tuberculosas, tanto desde el punto de vista local, como general, pero afectas de las siguientes enfermedades:

- a) Tracoma cicatricial sin secreción y sin participación de la córnea.-
- b) Tracoma con pannus y erosiones epiteliales.
- c) Conjuntivitis subagudas y crónicas.

3°—Personas sanas desde el punto de vista general, pero con las siguientes afecciones:

- a) Blefaritis escrofulosa.
- b) Flictenas del limbo y de la conjuntiva,
- c) Infiltraciones corneales flictenulares.
- d) Queratitis parenquimatosas.
- e) Coroiditis
- f) Hemorragias recidivantes del vítreo.

4°—Enfermos con iridociclitis, así:

- a) Con pulmones sanos.
- b) Con hallazgos pulmonares positivos.

Daremos en primer lugar, una visión de conjunto sobre los resultados de los cuatro grupos y después una nota sobre la significación de nuestras experiencias.

PRIMER GRUPO**INSTILACIONES EN INDIVIDUOS SANOS DESDE EL PUNTO DE VISTA LOCAL Y GENERAL. OFTAMORKEACION DE WOLFF-EISNER Y CALMETTE**

Prescripción de la tuberculina empleada: al 1%.

Número de niños instilados: 9.

Reacciones positivas de primer y segundo grado, según Bandelier: 8.

Reacciones negativas: 1. Número de adultos Instilados: **11**.

Reacciones positivas de primer y segundo grado: 7. De tercer grado: 1.

Reacciones negativas: 3.

Manifestaciones concomitantes observadas: dos niños y un adulto, que reaccionaron con flictenas del limbo.

Las instilaciones se hicieron en general una sola vez; únicamente en dos casos se repitieron, pero las reacciones continuaron siendo positivas y tuvieron igual intensidad que en las personas en las que sólo se hizo una instilación.

Se desprende de lo anterior, que el tanto por ciento de reacciones positivas coincide, aunque parezca un poco alto, con el que fue obtenido por otros autores, a lo cual hay que agregar, que el cuadro sintomatológico de la reacción, es idéntico al ya descrito por Bandelier y que su duración coincide asimismo (promedio de tres días, con un límite máximo de seis).

Hubo "restitutio and integrum" en todos los casos.

SEGUNDO GRUPO**INSTILACIONES EN PERSONAS NO TUBERCULOSAS NI DESDE EL PUNTO DE VISTA LOCAL NI GENERAL, PERO AFECTAS DE:****a) TRACOMA CICATRICAL SIN SECRECIÓN Y SIN PARTICIPACIÓN CORNEAL.**

Temiendo que se presentasen las complicaciones mencionadas por diversos autores, empezamos las instilaciones con diluciones verdaderamente fantásticas: 1 por 10.000, que fuimos subiendo paulatinamente hasta llegar a la concentración de 1%. Número de personas adultas sometidas a las instilaciones, reinstilaciones con la concentración de 1 por 10.000 hasta la de 1%, en forma progresiva: 5.

Resultados positivos: de primer y segundo grados: 3. Restitución normal.

Número de adultos sometidos a una instilación del 1%: 5.

Resultados positivos de primer y segundo grados: 3. Restitución

Puede asimismo, disminuir o aumentar, según los factores que tomen parte (enfermedades tisiógenas, sarampión, enfermedades tifoídicas, etc., periodo de desarrollo del niño, pubertad, climaterio, etc.), de los cuales unos nos son conocidos y pueden modificarse posteriormente por medio de la acción de inyecciones ascendentes de tuberculina.

Una vez en posesión de estos datos, podremos comprender bien, que la tuberculina actúa como antígeno específico de la alergia tuberculosa (reacción específica, aunque también la puedan producir otras sustancias no específicas como por ejemplo, las proteínas no específicas, que pueden producir reacciones focales, aunque no en dosis tan pequeñas como la tuberculina (Schröder).

Por medio de la introducción de la tuberculina, se produce una reacción, que es tanto mayor, cuanto mayor es la sensibilidad que hubiera. Por medio de ella, es posible poner de manifiesto, hasta cierto punto, la sensibilidad local y general del organismo con respecto a los productos del bacilo tuberculoso. Así se comprende por qué en los niños, incluso en los clínicamente sanos, pero más particularmente en los afectos de blefaroconjuntivitis, flictenas, úlceras flictenulares, escleroqueratitis y queratitis parenquimatosá, se muestran las reacciones locales y generales con particular intensidad, porque estas enfermedades coinciden con el período de mayor sensibilidad alérgica, esto es, con el período de alergia secundaria de Ranke. Por el contrario, en los períodos más avanzados de la vida, en los cuales disminuye la alergia, en los casos de coroiditis y de iridociclitis, las reacciones locales y generales de la tuberculina son mucho menos frecuentes e intensas.

Sin embargo, esto no siempre ocurre así, ya que sucede algunas veces, que personas que están en la cúspide del período alérgico secundario, reaccionan a la tuberculina negativamente, y por otro lado que estas reacciones son muy manifiestas en personas que evidentemente se encuentran en el período terciario, o sea, en el de la alergia decreciente. En el primer caso, se trata de alergia retrógrada, producida por causas intercurrentes de las que ya habíamos hablado anteriormente (sarampión, menstruación, climaterio, etc.), y en el segundo, de una hipersensibilidad súbita que actúa sobre las reacciones perifocales. Son asimismo, las que causan la explosión de la iritis en la tuberculosis del iris y también las que dan el impulso inicial de la reacción perifocal de Schminke, de la epituberculosis pulmonar de Eiselberg o del grupo ganglionar.

Se deduce de ello, que la mayor o menor intensidad de la reacción tuberculínica, no corresponde a la mayor o menor intensidad de la infección, sino del estado reaccional local o general. En una palabra: la intensidad de la reacción tuberculínica depende más que del foco en sí, de su carácter (Haydek).

Es así como es posible poner de manifiesto por medio de la reacción tuberculínica, el estado alérgico general o local del organismo tuberculoso.

Por lo anterior se deduce, que ni la instilación a dosis homeopáticas, ni la reinstilación, así como tampoco la instilación primitiva de solución al 1 %, produjeron resultados distintos de los provocados por la oftalmorreacción en el primer grupo.

b) TRACOMA CON PANNUS MAS O MENOS INTENSO CON TENDENCIA A LA EXFOLIACIÓN EPITELIAL Y A LAS EROSIONES PERO SIN LLEGAR A PRESENTAR VERDADERAS ULCERAS.

Número de adultos instilados: 8.

Técnica: En cuatro casos instilaciones y reinstilaciones con una solución al 1 por 10.000, al principio, llegando progresivamente hasta otra de 1%; en otros cuatro casos, instilaciones de la solución al 1%.

En los primeros cuatro casos, obtuvimos asimismo dos reacciones positivas del mismo grado. Restitución completa en menos de seis días.

c) CONJUNTIVITIS SUBAGUDA Y CRÓNICAS.

Número de adultos instilados: 10. En las instilaciones usamos la técnica y las mismas soluciones que en el inciso anterior.

Reacciones positivas: 6. Intensidad de primer y segundo grado.

Duración: menos de 6 días. Restitución completa.

Las reacciones positivas mencionadas en el primer y segundo grupos, fueron siempre producidas por soluciones al 1%. En ningún caso se observaron reacciones con soluciones de menor concentración.

TERCER GRUPO

INSTILACIONES EN PERSONAS SANAS DESDE EL PUNTO DE VISTA GENERAL, PERO EN LAS CUALES, Y A PARTE DE SU IRIDOCICLITIS, SE LES ENCONTRÓ EN EL CURSO DE UNA EXPLORACIÓN INTERNA, LESIONES SOSPECHOSAS DE TUBERCULOSIS

a) Blefaroconjuntivitis crónica en escrofulosos.

Número de niños instilados: 6. Técnica, instilaciones, reinstilaciones y soluciones empleadas iguales a las del grupo segundo.

Reacciones positivas de primer y segundo grado: 6. Duración: menos de seis días. Restitución completa.

La positividad de esta reacción se mostró en un caso con la solución al 1 por 10.000.000.000, en dos casos con una solución al 1 por 100.000 y en las otras tres sobrantes con la concentración de 1 por 1.000.

b) Flictenas en el limbo y en la conjuntiva bulbar.

Número de niños instilados: 12. Técnica de las instilaciones, reinstalaciones y soluciones empleadas, iguales a las de los casos anteriores.

Reacciones positivas: 7. Intensidad de primer y segundo grado.

Duración: menos de seis días. Restitución completa.

La reacción positiva en cuatro casos, se obtuvo con el empleo de una solución al 1 por 100.000 y en los tres restantes con una solución al 1 por 1.000.

En tres de estos casos, en los que había un blefarospasmo de 1 a 3 años de duración, acompañado de fotofobia, se vio desde el mismo momento de la instilación una notable mejoría, a pesar de ser la reacción positiva. La curación se obtuvo en uno de los casos, en un plazo de una a tres semanas.

c) Queratitis parenquimatosa.

Número de adultos instilados: 3. La técnica de las instilaciones, reinstilaciones, así como las soluciones empleadas, fueron iguales a las de los casos anteriores.

Reacciones positivas: 3. Intensidad de primer y segundo grado. Duración: menos de seis días. Restitución completa.

La reacción fue constantemente positiva con el empleo de soluciones al 1 por 1.000. En otros tres casos, de queratitis parenquimatosa de origen luético, sin la menor duda, y que curaron con el tratamiento específico, resultaron dos negativas y una positiva, con instilación al 1 por 100.

d) Escleroqueratitis crónica.

Número de adultos instilados: 5.

Reacciones positivas: 5. La técnica de instilación, reinstilación y el empleo de las soluciones, fueron las mismas que en el caso precedente. Intensidad de primer y segundo grado. Duración: menos de seis días. Restitución completa.

Las reacciones fueron positivas con el empleo en cuatro casos de soluciones al 1 por 1.000.000 y en los restantes con una solución al 1 %.

e) Coroiditis.

Número de adultos instilados: 2. La técnica de las instilaciones, reinstilaciones, así como las soluciones empleadas iguales al caso anterior.

Reacciones positivas: 1. Intensidad de primer y segundo grados.

Duración: menos de seis días. Restitución completa. En la reacción positiva, ésta se obtuvo con una solución al 1%.

f) Hemorragia del vítreo recidivante.

Número de adultos instilados: 6.

Las técnicas de instilación y reinstilación, así como las soluciones empleadas iguales al caso anterior. Reacciones positivas: 4. Intensidad: de primer y segundo grados. Duración: menos de seis días. Restitución completa. Reacción positiva en dos casos con una solución al por 1000, y en los otros dos, con concentraciones de 19K

CUARTO GRUPO

INSTILACIONES EN PACIENTES CON IRIDOCICLITIS Y SIN: HALLAZGO PULMONAR

a) Personas sanas desde el punto de vista general.

Número de adultos instilados: 9.

Resultados positivos: 7. La técnica de las instilaciones, reinstilaciones y las soluciones empleadas iguales a las del grupo anterior. Duración: menos de seis días. Intensidad: primer y segundo grados. Restitución completa.

La reacción fue positiva en cuatro casos con *el* empleo de una solución al 1 por 1.000; en un caso con una solución al 1 por 100.000 y en otro con una solución al 1 por 10.000.000.000 y en un solo caso con la concentración al 1%.

En este último caso pudimos comprobar una reacción focal clara, y consistente en un ligero enturbiamiento del humor acuoso con una ligera hiperemia del iris.

b) Pacientes con alteraciones pulmonares tanto desde el punto de vista clínico, como radiológico de grado moderado, con una franca tendencia a la fibrosis y que se encontraban en buen estado general con la sola excepción de un caso en el que existía un estado alérgico con pequeñas hemoptisis de repetición. Número de adultos instilados: 8. La técnica de las instilaciones, reinstilaciones así como las soluciones empleadas, fueron las mismas que en el caso anterior.

Reacciones positivas: 6. Intensidad de primer y segundo grados y en un caso, reacción ligera de tercer grado. Duración: menos de seis días. Restitución completa. Reacciones positivas en tres casos con soluciones al 1 por 100.000.000.000.000.000, en dos casos con una solución al 1 por 10.000.000.000, y en los casos restantes, con una concentración de 1 por 1.000.

En el paciente con estado general-malo, la reacción fue positiva con una solución al 1 por 1.000, acompañada de un enturbiamiento manifiesto del humor acuoso y una ligera hiperemia difusa. En otros tres casos, observamos asimismo un ligero enturbiamiento del humor acuoso.

NOTA: Explicación sobre las diluciones: Partimos de la solución de la tuberculina de Koch, disolviendo cada vez 1/10 de ce. en 9/10 de ce. de agua destilada. La primera dilución era por lo tanto, de 1 por 10.1/10 de esta solución con 9/10 de agua destilada da una solución al 1 por 100. Cada una de las siguientes soluciones es, por lo tanto, igual a 1 por 1, seguido de un cero más.

CONSIÜEKACIONKS ACERCA DE LOS ÉXITOS CONSEGVÍ- DOS CON LAS INSTILACIONES

Lo que en primer lugar nos llamó la atención, fue la inocuidad absoluta del método. En ninguno de los 106 enfermos de nuestra estadística, pudimos encontrar el menor trastorno que se pudiese achacar al tratamiento, prescindiendo, naturalmente, de las modificaciones reaccionales, muy moderadas por cierto, que ya liemos descrito. Todo esto se refiere tanto a las personas sanas

desde el punto de vista local y general, como a las que padecían **enfermedades** oculares no relacionadas con la tuberculosis, como a aquellas que presentaban afecciones oculares cuya etiología tuberculosa era más o menos segura.

Es además digno de tomarse en cuenta, el hecho de que la Intensidad de las reacciones, se mantuvo siempre dentro de unos límites completamente moderados, y que en ningún momento hubo necesidad de echar mano de algún recurso terapéutico.

En los dos únicos casos, en que observamos reacciones de tercer grado, el edema y la secreción desaparecieron completamente en forma espontánea en el curso de pocos días. Estas dos reacciones relativamente fuertes, las encontramos, una en una persona con ojos sanos y pulmones sanos igualmente, y otra en una que presentaba una iridociclitis con fibrosis pulmonar.

Por lo que se refiere a la especificidad de la reacción, no diremos sino que las personas correspondientes al primer y segundo grupos, esto es, aquellas que no presentaban nada anormal en sus ojos y en los pulmones y las que poseían lesiones tuberculosas oculares externas, o no reaccionaban o lo hacían después del uso de soluciones al 1%. Por el contrario, todas aquellas persona³ con afecciones sospechosas de tuberculosis, con inclusión de las del tercer grupo, entre las que se hallaban coroiditis y hemorragias del vitreo, reaccionaban con soluciones de mayor dilución que el 1%, **incluso** en algunos casos con dosificaciones de tipo astronómico como 1 por 1 con 20 ceros. Aunque no con igual constancia, la reacción para los del cuarto grupo se mantuvo en forma análoga al tercero, tanto en lo que se refiere al número de caso³, como a las diluciones requeridas para llevarse a cabo las reacciones mediante las instilaciones. Otro factor a tomarse en cuenta, y no por cierto de poca importancia, fue la absoluta inocuidad de la reinstilación.

La mayoría de nuestros enfermos, especialmente al principio de nuestras experiencias, soportaron 10 instilaciones sin que se observaran secuelas desagradables de ninguna clase. La intensidad de la reacción era en estos casos, idéntica a la que observamos en los otros casos, en los cuales obteníamos un resultado positivo después de una sola instilación.

Merece hacerse resaltar los cambios que mostraron nuestros enfermos, en los que se refiere a la sensibilidad con respecto a la tuberculino, durante el tiempo¹ que duraron los experimentos.

Enfermos que presentaban una reacción clara con una solución al 1 por 1 con 20 ceros, dejaban de reaccionar cuando se llegaba a solucionar al 1 % ; otros con igual grado de sensibilidad reaccionaban no con la misma solución, sino con la de 1 por 1 con 10 ceros, sin presentar, sin embargo, una mayor reacción al llegar a 1 o 4%. Observamos también en estos casos, que paralelamente a la insensibilización a la tuberculina, se desarrollaba una

mejoría innegable, que incluso, conducía en ciertas ocasiones, a una curación estable (nos referimos aquí a los casos de pannus escrofuloso).

Hasta aquí, los hechos que exponemos a la vista de todo el mundo, pero queriendo hacer notar que no damos un valor absoluto a los tantos por cientos obtenidos en los cuatro-grupos, ya que tomando en cuenta la cantidad relativamente reducida de enfermos sometidos a nuestras experiencias, bien podría ser que hubiese una serie de circunstancias particularmente favorables, que rigieran, la cantidad de resultados positivos alcanzados, y que al aumentar el número de pacientes observados, podrían dar cifras mayores o menores. Esta es la razón, de que nuestras conclusiones sean únicamente provisionales. Ulteriores investigaciones nos dirán si debemos hacer o no, alguna rectificación.

Por lo que se refiere a las opiniones contradictorias vertidas por los autores, sobre oftalmorreacción, creemos que deben achacarse a las siguientes circunstancias: la diferente acción de los preparados de tuberculiza por ellos usados, la desigualdad de las dosificaciones y su poca precisión, el diagnóstico de cada una de las distintas afecciones oculares, su grado y el estado momentáneo de reaccionabilidad en que se encontraban, y además, como muy bien decía Hayek, del hecho de que las reacciones focales de la tuberculina dependen del carácter del foco, de la actividad de la tuberculina y de su dosificación.

EN realidad, para comprender bien las manifestaciones que produce la introducción de la tuberculina en el organismo, deberíamos conocer el fundamento de su manera de obrar; pero como quiera; que este mecanismo, hasta el momento, sólo nos es conocido en una forma incompleta, tenemos que echar mano de explicaciones hipotéticas.

De todas maneras, lo cierto es, que cualquiera que sea la explicación que se dé sobre la manera de actuar la tuberculina. (teoría adicional de Babes, teoría de la hipersensibilidad focal de Ehrlich, teoría de, la formación de una lisina, a su vez provocada por la combinación de tuberculina y de antituberculina, de Wassermann y Bruck, etc.), hay un hecho cierto y es que el organismo tuberculoso es muy sensible a la misma; sensibilidad y capacidad reacciona que fue llamada por von Pirquet alergia y que afecta en general a todo el conjunto del organismo y que está en estrecha relación con la enfermedad general. Hay una íntima conexión con la edad del paciente tuberculoso, aparece en los alrededores del complejo primario (alergia esclerógena de Ranke) y alcanza su máximo en el momento de la diseminación hematógena (período de la alergia secundaria de Ranke). Es precisamente en estas condiciones, en que, con preferencia, se producen la mayoría de las alteraciones oculares. Con la prolongación de la enfermedad, disminuye la sensibilidad y en el tercer período (alergia terciaria de Ranke o alergia inmunizante), se pierde casi por completo.

Por lo que se refiere a la oftalmorreacción, debemos hacer constar, que ella nos pone en evidencia, el estado de sensibilidad de la conjuntiva de los tuberculosos con respecto a la tuberculina. Así hemos podido constatar que la sensibilidad humana en afecciones de los ojos clínicamente tuberculosas, es mayor que en aquellos que presentan ojos sanos, o con enfermedades oculares externas de etiología bacilar diversa. Es acaso casual que la conjuntiva de las personas afectas de tuberculosis de los ojos, posean hipersensibilidad local, que puede servir para el descubrimiento de la enfermedad? O es que estos enfermos tienen una hipersensibilidad general mayor con respecto a la tuberculina que las personas de igual edad con ojos sanos?

Esta importante pregunta, únicamente puede ser contestada mediante la experimentación, como la que hemos iniciado nosotros mismos, esto es, con la ayuda de la investigación paralela entre la reacción de von Pirquet y la oftalmorreacción en cada caso aislado. Así se verá si la hipersensibilidad de la piel y la de la conjuntiva, guardan o no, un paralelo entre sí.

El hecho de que las reacciones focales causadas por medio de las instilaciones en las enfermedades oculares externas, hayan dado hasta el presente, resultados negativos, como se mostró más arriba, y que fueran positivas en cuadro casos de iridociclitis, deja suponer que el método es aprovechable en el futuro para aclarar el difícil problema del diagnóstico etiológico.

CONCLUSIONES

1°—La prueba de la tuberculina para el diagnóstico fecal de las afecciones tuberculosas de los ojos es inapropiada cuando se escoge la vía subcutánea. Además, no es de aconsejar a consecuencia de las reacciones, especialmente pulmonares a que puede dar lugar.

2°—La oftalmorreacción, es un método, por el contrario, al que en el futuro se le debe poner más atención. Se puede obtener mediante ella, reacciones focales positivas, en casos de tuberculosis local, y siendo prudente en el empleo de las concentraciones, son absolutamente inocuas tanto en los ojos sanos como en los enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

- Die Klinik der Tuberkulose. Bandelier-Ropke.—Leipzig, 1926.—
Tuberkulinbehandlung der Augentuberkulose. v. Hippel Die
Ophthmo—und Kutn—Diagnose der Tuberkulose.—Beiträge
ur Klink der Tuberkulose, 1908.—Wolff-Eisner. Ur,n nouveau
procède de diagnostique de la Tuberculose che l'hom-
me.—Calmette. L'Ophtalmoreaction a la tuberculine.—
Calmette.—La Prsse Medi-
dicale. Utilisation pratique de l'ophtalmoreaction pour le
diagnostique de

- Utilization chez l'homme.—Calmette, Breon, Painblaud.—Petit.—Presse Médicale, 1907.
- Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose.—Bandelier-Ropke.—Leipzig, 1922. Anatomía patológica de la oftalmorreacción.—Stanculeanu et Mihail, 1910.
- Syntomes e complications de l'ophtalmoreaction a la tuberculine.—Abineau, 1908.
- Los peligros de la oftalmorreacción.—Trousseau, 1908.
- Agravations de lesiones tuberculeuses intraoculaires par l'instillation de tuberculine dans le cul de sac conjonctival.—Kalt, 1907.
- Lesiones oculares provocadas por la oftalmorreacción.—Adam.
- Observaciones oftalmológicas sobre la oftalmorreacción de la tuberculina.—Waldstein.
- Tuberculosis típicas y atípicas.—Gómez-Márquez, 1929. L'ophtalmoreaction dan le conjontives eczematueuses et Société des Hopitaux.—1907.
- Ophtalmoreaction Son. emploie en oculistique.—Brunetiere, 1907.
- Spezifische Behandlung Tuberkulose.—Ergebnisse der gesamten Tuberkuloseforschung.—Leipzig.