

por excepción, hemos debido recurrir a la salicilización crónica mediante la medicación por vía inyectable endovenosa, que nos ha permitido promiscras posibilidades, como el caso del paciente que hemos mencionado anteriormente, a quien se le efectuaron alrededor de 600 inyecciones endovenosas de 1 gramo de salicilate de sodio cada una, que nos han permitido mantener en estado de *curación clínica* a este paciente, que en el año 1936 fuera desahuciado en un renombrado servicio de clínica médica de Buenos Aires.

(*Revista Argentina de Reumatología*, XI, 116, enero 1947, pág. 228.)

UVEITIS Y ENFERMEDAD DE NICOLÁS - FAVRE

Dr. C. GARBINO

Motiva esta comunicación, en primer lugar la existencia de casos de uveítis a etiología desconocida que no responden a la medicación por mejor conducida que sea, y que por consiguiente tienen un pronóstico sombrío no sólo desde el punto de vista de la agudeza visual, sino del propio estado trófico ocular.

En segundo lugar la actualización en nuestro medio de la linfogranulomatosis inguinal subaguda por los brillantes trabajos del profesor May (1) condensados en la «*Revista Uruguaya de Dermatología*»; de las lesiones oculares que determinan descritos por primera vez entre nosotros por May y Vázquez Barriére (2) y Vázquez Barriére (3).

En tercer lugar el pedido de nuestro amigo y maestro, profesor May, de estudiar en todos los procesos oculares a etiología desconocida la reacción de Frei, nos llevó en el caso concreto de estos enfermos de uveítis presentados a continuación, a estudiar en ellos su posible vinculación con dicha enfermedad.

En todos estos casos, que no se habían resuelto ni desde el punto de vista etiológico ni terapéutico, obtuvimos un resultado realmente sorprendente.

HISTORIAS CLINICAS

CASO 1

A. A., 24 años, soltera.

Se trata de una enferma internada en un servicio de medicina por un cuadro de garganta agudo que curó fácilmente. Nos piden que la examinemos, pues el internista constató lesiones oculares que, según le manifestó la enferma, databan de mucho antes. Como antecedentes, hace cinco años hizo un cuadro de «ceguera» bilateral, habiéndose atendido en un servicio hospitalario, donde le hicieron calcioterapia, durando el proceso un año, quedando con mejor visión del ojo derecho, pero con gran dificultad para ver. Según la enferma, desde hacía un mes venía notando que progresivamente perdía visión del ojo derecho, del que veía más, hasta que actualmente tenía mejor visión del ojo izquierdo.

Al examen se constata: ojo derecho, visión luz; ojo izquierdo, 0,1 a 4 metros.

Ojo derecho, no se ilumina área pupilar, córnea turbia opacidades a predominio en las capas posteriores, enorme cantidad de precipitados en grasa de carnero en la Descemet. Enturbiamiento del humor acuoso, numerosas sinequias posteriores, exudados sobre la cristaloides. T. O. = 19.

Ojo izquierdo, opacidad corneana en las capas posteriores y sector inferior, con vascularización profunda. Hay precipitados pigmentarios, sinequias posteriores, sobre todo en los dos tercios inferiores del área pupilar. El sector superior reacciona a la luz. Fondo de ojo, enturbiamiento del vítreo que no permite reconocer detalles. T. O. = 13.

Exámenes: Wassermann, negativo. Orina, indicios de albúmina. Urea, 0,30 gramos. Glóbulos blancos, 9.700. Eritrosedimentación, 1 hora, 25 minutos. Indi-

ce serina-globulina, normal. Radiografía de tórax: campos pulmonares claros. Pequeño nódulo calcificado cardiofrénico derecho. Mantoux positivo, sólo al 1/100.

A pesar de la hipoergia tuberculínica iniciamos calcioterapia y tonificación general con atropina local. Se hizo sulfamidoterapia, debiendo abandonar por no tolerarla la enferma. No mejorando. Terminada la serie, como no mejora, hacemos atropina, leucotropina, leche, pomada de sulfatiazol, etc., no cambiando el cuadro. Hacemos entonces tratamiento de prueba con cianuro de mercurio no obteniendo mejoría. Piretoterapia no específica, tampoco trae beneficios. Brucela negativa.

La envío al doctor May, entonces, para hacer una Frei y ésta resulta intencionalmente positiva, dando una mácula papula de gran tamaño (con Lygranum). Se inicia entonces tratamiento con tártaro emético, obteniéndose de inmediato un cambio en el estado ocular con disminución del cuadro congestivo, desaparición progresiva de los precipitados corneanos, aclaramiento del humor acuoso y recuperación progresiva de la visión, tal que a los dos meses de tratamiento la visión es en el ojo derecho de 0,5 y ojo izquierdo de 0,3. La visión sigue mejorando, sobre todo el ojo derecho, alcanzando progresivamente 0,7, 0,8, 0,9 hasta que actualmente es de 1, manteniéndose así desde hace 4 meses. El ojo izquierdo se mantiene en 0,3, lo que atribuimos a su leucoma, que sólo permite ver a través de una pequeña zona corneana pupilar superior.

Caso 2

R. J. J. de, 34 años, casada.

Nos consultó hace tres años por disminución de visión del ojo izquierdo, que se instaló casi bruscamente.

Al examen tenía: Ojo derecho = 0,7, que llegaba a 1 con corrección (astigmatismo miópico). Fondo de ojo, normal. Ojo izquierdo, igual 0,3 que no corrige. Hay precipitados corneanos, iris irregular en miosis, enturbiamiento del vítreo que dificulta el examen de fondo de ojo. Tensión ocular normal. Reacción a la luz y acomodación convergencia ojo derecho normal. Motilidad extrínseca normal. Se dilata ojo izquierdo, notándose sinequias posteriores múltiples, que se rompen en su mayoría, quedando apenas una o dos.

Los exámenes de laboratorio son negativos: Wassermann, negativo. Orina, normal. Glucemia, normal. Reacción de Brucelas, negativa. Mantoux, negativo. Radiografía de tórax, normal. Arcadas dentarias y senos craneofaciales, normales. Oídos, nariz y garganta, normal. Frotis vaginal, negativo. Desde el punto de vista de sarcoidosis de Beck, es también negativo.

Por otro lado, es una enferma sin antecedentes patológicos.

Se inicia tratamiento con proteinoterapia no específica que da gran reacción térmica, pero no mejora el cuadro, se le agrega autchemoterapia, luego auto-sueroterapia, con resultado negativo. Se le hace sulfamidoterapia, que debemos abandonar, a pesar de que le produce discreta mejoría por la intolerancia franca que acusa. Se hace primero una serie de cianuro de mercurio completo, luego de bismuto y, finalmente, bismuto asociado a arsenical trivalente; a pesar de la cual el cuadro sigue una evolución lentamente progresiva bajando la agudeza visual a 0,1 en ojo izquierdo. Se hace posteriormente calcioterapia intensa asociada a vitaminterapia, no obteniéndose ninguna mejoría, y, al contrario, disminución de visión.

Al cabo de casi un año de tratamiento, la enferma desaparece por un tiempo. Regresa con visión menor 4/50, se le continúa con medicación antiinfecciosa variada, que no da mejoría y la enferma vuelve a hacer un lapsus de casi un año. Hace unos siete meses vuelve a consultar porque la visión del ojo derecho ha disminuido enormemente, siendo de 0,1 a 2 metros. Con escasos precipitados corneanos, vítreo turbio que permite ver el fondo de ojo. Se repiten todos los exámenes, que son nuevamente normales. Le hacemos con el doctor May una reacción de Frei con Lygranum y ésta es francamente positiva, dando un enorme pápulo-mácula con gran reacción inflamatoria. Se propone a la enferma el tratamiento con tártaro emético. El tártaro emético se hace de acuerdo con Destéfano y Vacarezza (3), en solución al 1 por 100, intravenoso, tres veces por semana, em-

pezando por 1/2 c. c., luego 1 c. c., 1 1/2 c. c., 2 c. c., 2 1/2 c. c. hasta 3 c. c., sin pasar de 3 c. c. hasta completar de 30 a 40 centigramos por serie.

La enferma comienza a mejorar progresivamente, llegando después de algunos días a 0,1 en ambos ojos, luego la mejoría sigue lentamente llegando a 0,2 ojo derecho y 0,3, 0,4 y 0,5 en ojo izquierdo, aclarándose el vítreo progresivamente y permitiendo ver con nitidez al fondo de ojo en los últimos exámenes.

CASO 3

J. J., 45 años.

Enfermo de la clínica del profesor May (sífilítico segundo grado), que en el curso de la primera serie de arsenosán hace un proceso ocular con reacciones serológicas positivas. Repentinamente nota brusca disminución de agudeza visual, quedando «ciego», según el enfermo.

El examen da: visión ojo derecho y ojo izquierdo, cuenta dedos a 0,50 cm. Inyección ciliar bilateral, no se ilumina casi fondo de ojo, pupilas irregulares, precipitados corneanos, sinequias posteriores. Tensión, normal. Orina, normal. Se le hace reacción de Frei, por los antecedentes y por los resultados obtenidos en los casos anteriores, y ésta es fuertemente positiva (Lygranum).

Se inicia tratamiento con tártaro emético, y localmente atropina. Rápidamente el enfermo nota mejoría subjetiva, haciéndosele un nuevo examen a los 25 días, constatándose mejoría de la visión que da ojo derecho = 0,3; ojo izquierdo = 0,1, con disminución del enturbiamiento del acuoso, sinequias positivas, disminución de los precipitados en la Descemet. Fondo de ojo: se ilumina vítreo más claro que permite ver púpila y mácula normales, arterioesclerosis. Hay en la extrema periferia temporal en el cuadrante superior una placa de coriorretinitis atrófica con acúmulo pigmentario denso sobre una parte y sobre el borde inferior de esa placa una mancha brillante situada por debajo de las vasos retinianos. En ojo izquierdo, muy turbio aún, no se percibe fondo de ojo. Tensión ocular, normal (29 de noviembre de 1945). En 11 de diciembre de 1945: V. S. C. = ojo derecho, 0,6; ojo izquierdo, 0,4. Ha aclarado mucho el vítreo, iluminándose mejor el fondo de ojo.

En ojo derecho, además de la placa cicatricial, ya descrita, se ven algunas pequeñas hemorragias en la capa de las fibras retinianas. En ojo izquierdo, pequeñas hemorragias visibles en la capa de las fibras retinianas no se constatan lesiones. La pupila ha dilatado muy bien rompiéndose todas las sinequias.

28 de diciembre de 1945:

V. S. C. O. D. = 0,7 con agujero estenoico = 1.

V. S. C. O. I. = 0,5 con agujero estenoico = 0,8.

Enero de 1946:

V. S. C. O. D. = 1.

V. S. C. O. I. = 0,9 con agujero estenoico = 1.

No hemos vuelto a ver al enfermo.

CASO 4

Es un enfermo específico, con un solo ojo, el derecho, que hace una uveítis seguida posteriormente de un glaucoma secundario.

Se instituyó primero medicación contra su uveítis empezando por intensificar la terapia antiespecífica a que estaba sometido sin resultado. Se hizo estudio sinusal, dentario, pulmonar, etc., etc., todo sin resultado. Contra el glaucoma secundario se hizo la medicación sintomática habitual, no obteniendo buen resultado, ni aun con plasmoterapia, que sólo lo mejoraba transitoriamente.

El cuadro, mientras tanto, seguía su evolución progresiva con pérdida consiguiente de visión que, finalmente, llegó a dedos en el sector temporal del campo visual, manteniendo la tensión alta.

Nos es cedido a nuestro pedido, para su estudio por el doctor Rodríguez. Hacemos con el profesor May una reacción de Frei. Esta es fuertemente positiva, dando una gran maculópupila de unos tres centímetros de diámetro. En vis-

ta de esta constatación, el profesor May le inicia tratamiento con tártaro emético a las dosis habituales progresivas.

A la segunda inyección, el enfermo acusa sensación subjetiva de mejoría que se acentúa progresivamente, disminuyendo los dolores, etc., y apreciándose objetivamente por disminución y luego desaparición del enrojecimiento conjuntival y del edema palpebral, así como descenso progresivo de la tensión ocular, que, de un nivel inicial de 60, llega por etapas hasta 15, más adelante baja a 12.

Pensando en este momento en la posibilidad de una hipotonía por atrofia, se suspende el tratamiento por unos días y la tensión sube a 30, se reinicia el tratamiento y baja nuevamente con toda facilidad. Terminado el tratamiento, el enfermo es seguido por unos meses, manteniéndose baja la presión. La visión, en cambio, quedó limitada a movimiento de mano en el sector temporal del campo visual.

* * *

Como vemos en esas cuatro observaciones, los resultados terapéuticos con el tártaro emético han sido brillantes: en tres de ellos, en abierto contraste con las otras medicaciones instituidas que habían fracasado totalmente y en la tercera como medicación única, porque se suspendió el arsenosán durante cuatro semanas prosiguiendo después.

De estos enfermos, dos no tienen antecedentes sifilíticos de ninguna clase. Uno de ellos, antiguo sifilítico, tratado con Wassermann negativo, y el cuarto es un sifilítico secundario que, a pesar del tratamiento regular con arsenosán presenta uveítis.

En estos cuatro casos la Frei fué positiva franca, intensa en tres de ellos. En tres de estos enfermos, que habían sido estudiados y tratados durante mucho tiempo, los trastornos habían progresado hasta tal punto que uno de ellos, M. R., era prácticamente ciego y los otros tres tenían necesidad de acompañante para trasladarse por su mala visión.

Llamamos la atención sobre nuestro caso de uveítis con glaucoma secundario y el análogo de Macnie, por la posible vinculación, que ya estamos estudiando con May, del glaucoma y linfogranulomatosis.

Los resultados de esta terapéutica demuestran que por lo menos tenemos en el tártaro emético una eficaz medicación para yugular y hacer retroceder un proceso que desafiaba toda la terapéutica conocida.

Esto solo bastaría para justificar la publicación de este trabajo.

Esta medicación fué empleada siguiendo una orientación etiológica, cual es la de su posible vinculación con la llamada enfermedad de Nicolás Favre o linfogranulomatosis.

A esto llegamos porque, recorriendo la literatura médica que ha estado a nuestro alcance, encontramos que Macnie (4), en un estudio de lesiones oculares por linfogranulomatosis venérea, describe un caso de uveítis en un negro con glaucoma secundario, que tenía Frei y Mantoux positivos, y estrechez rectal. Fué tratado con sulfamidoterapia con mejoría y un segundo caso con Frei positiva, lesiones sinusales y dentarias y Mantoux al 1/100.000, positivo; mejoró con atropina y tratamiento sinusal dentario.

De estos dos casos sólo el primero puede considerarse con linfogranulomatosis.

Helen Curt (5), en 1944, publica un caso de uveítis del ojo derecho (único), en un enfermo específico con Frei positiva, mejorando con sulfatiazol y antigéno de Frei intravenoso a los tres días de tratamiento.

Kirby (6), en un trabajo sobre causas de uveítis cita a la linfogranulomatosis como etiología posible, aunque sin citar ningún caso concreto.

La nuestra es, pues, la tercera comunicación que presenta casos concretos de uveítis con Frei positiva; con exclusión clínica de otra etiología y mejorando exclusivamente con tártaro emético.

Para terminar, pues, señalamos nuevamente el brillante resultado obtenido en estos enfermos por la aplicación de una nueva terapéutica en la uveítis, y segundo que ésta abre así una nueva orientación en el campo de la etiología de este proceso que constituye uno de los problemas oculares de difícil solución.

Finalmente, recordaremos con Sonck (8) que «en todos los casos de procesos oculares a etiología desconocida, hay que hacer la Frei».

RESUMEN

El autor presenta cuatro casos de uveítis con Frei positiva, mejorados con tártaro emético.

BIBLIOGRAFÍA

1. MAY JOSÉ. Enfermedad de Nicolás Favre. «Rev. Urug. de Dermat. y Sif.», Montevideo, 1940, vol. V. — 2. MAY J. y VÁZQUEZ BARRIÈRE. Las enfermedades oculares dans les malades de ind. p.p. Comunicación a la Sec. Francesa de Dermat. May y Vázquez Barrière, alteraciones aparato ocular en la enfermedad de Dupuytren. — 3. MAY J. «Rev. Urug. de Dermat. y Sif.», 1940, vol. V, pág. 347. — 4. MOCNIE JOHN P. M. D. New York. Ocular lymphogranuloma venereum «Arch. of Ophthal.», 1941, 25: 255 - 279. — 5. HELEN CURT. Left postoperative anoftalom. Uveitis and choroiditis of the righth eye. Possibly due to the virus of lymphogranuloma venereum. «Arch. of Derm. and Syphil.», 1944, página 137. — 6. KIRBY: Causas de uveítis. «New York State Med. Jour. in Am. Clinica», enero 1946, pág. 85. — 7. VÁZQUEZ BARRIÈRE A.: El ojo en la enfermedad de Nicolás Favre. Conferencia Hospital Rawson. Buenos Aires, octubre 1941. — 8. SONCK: Affections of the eye in lymphogran-vener. «Acta Dermatovenérol», marzo 1945, in «The Urological and Contaneous Rev.», 1945, página 723. — 9. MAY J.: La poradenolinfitis. Ed. El Siglo Ilustrado, 1943. — 10. MAY J.: Cap. 20. Alergia en la práctica. D. A. Varela Fuentes, Recarte y Graña, 1946, págs. 817-887.

(Archivos de Oftalmología de Buenos Aires, 4-6, XXI, junio 1946, pág. 89.)

ELIXIR CALLOL

GLICEROFOSFATOS - KOLA - PEPSINA

Poderoso tónico-reconstituyente - Eficaz eupéptico y digestivo

CONVALECENCIAS-FATIGA INTELLECTUAL - AGOTAMIENTO FISICO
ANOREXIAS Y DISPEPSIAS

PARA MUESTRAS:

Apartado 520 LABORATORIO CALLOL BARCELONA