Policlínica de Oftalmología.
Hospital Arriarán.
Sección de Medicina Interna.
Prof. E. Cienfuegos.

TUBERCULINOTERAPIA INTRADERMICA EN LA ESCROFULOSIS OCULAR

Por la Dra. LAURA CANDIA, Dres. WERNER BUSTAMANTE
y ADRIAN ARAYA.

Desde los tiempos de Koch hasta nuestra época, se ha venido usando la tuberculinoterapia en forma muy discreta y con resultados mediocres en ciertas formas de tuberculosis. Sin embargo, en las afecciones oculares de tipo escrofuloso es donde se han registrado resultados más halagadores con esta terapia. Es así como algunos textos modernos de Pediatría la recomiendan (Griffith, Feer, Simon y Redecker) y autores como Bessau y Fernbach insisten en los buenos efectos de esta terapéutica específica en las manifestaciones de naturaleza escrofulosa de la piel y de las mucosas, sobre todo en las afecciones oculares de este orden. Otros autores, entre ellos Holt, no le dan mayor importancia a este tratamiento.

No es nuestro ánimo dar a conocer la abundantísima literatura y opiniones que existen alrededor de la tuberculina como tratamiento en la escrofulosis, sino que presentar solamente los resultados obtenidos con algunos casos que hemos podido seguir y controlar periódicamente, en su mayoría crónicos, y a quienes se les ha tratado con tuberculina por vía intradérmica, después de no haber obtenido resultados con los tratamientos habituales para esta afección.

Sabemos que la escrofulosis es una forma especial de la tuberculosis infantil y que es tema de infinitas discusiones: de una tuberculosis del sistema linfático, de una bacilosis

ganglionar crónica, pero que necesita para florecer de un terreno especial, de una constitución y de un ambiente familiar también especial.

Pfaundler y Schlossmann la definen diciendo: "La predisposición anormal conocida con el nombre de diátesis exudativa linfática, constituye el terreno sobre el cual una infección tuberculosa precozmente adquirida, junto con un estado de pauperismo orgánico, da lugar al cuadro clínico de la escrofulosis".

Reitchel, en el tratado de Pediatría de Feer, dice: "La escrofulosis es la expresión de un estado de inmunidad completamente específico o algo así como una reacción alérgica del niño en crecimiento, sensibilizado de una manera específica".

En estos últimos años, el criterio de que la escrofulosis ocular era una entidad clínica exclusivamente pediátrica, ha ido perdiendo terreno frente a los hechos que demuestran que en el adulto también pueden presentarse estos cuadros, como lo atestiguan los trabajos del Prof. Charlín y la tesis del Dr. A. Araya, Ayudante del Servicio de Oftalmología del Hospital Arriarán.

La tuberculosis ocular tiene en clínica un polimorfismo extraordinario que, sin embargo, puede reducirse a dos grupos o tipos: el tipo folicular y el afolicular. En el segundo grupo, el examen histológico nada indica sobre la naturaleza de la infección. Las alteraciones tisulares son idénticas a aquéllas que se encuentran en el curso de otras infecciones no tuberculosas.

Más frecuentemente, el diagnóstico de tuberculosis debe, pues, hacerse en inflamaciones oculares que no presentan nada en su aspecto clínico que indique la patología de la tuberculosis.

Estudios experimentales hechos por Stock, en 1937, y más tarde por Rollet Aurand, Lagrange, etc. (citados por Charlín), han demostrado que cuando un ojo normal de animal no tuberculoso es inoculado con bacilos de Koch, el primer resultado es una inflamación ocular progresiva con formación de tubérculos. En animales infectados anteriormente, reinoculados con una inyección intraocular o intracarotídea, el curso de la inflamación es totalmente diferente desde el comienzo. Se observa una tuberculosis ocular progresiva, que evoluciona suavemente, como una inflamación exudativa intensa, que no presenta nada característico, nada que sugiera un tuberculosis.

Si una afección ocular, hasta este momento sin diagnóstico etiológico, se presenta en enfermos con estigmas o antecedentes bacilares, es sospechoso de que sea de origen bacilar; si, además, se acompaña de alteraciones de su estado general (anorexia, decaimiento, traspiraciones nocturnas, febrículas, etc.), o sea, del llamado por Charlín síndrome tóxico, esta sospecha se acentúa fuertemente.

Sin embargo, la alteración sui-génis del estado general y la presencia de estigmas y antecedentes bacilares, nos dice únicamente que el enfermo es tuberculoso, pero no afirma que la oftalmopatía sea seguramente tuberculosa. Sólo la tuberculinoterapia de prueba nos da la respuesta definitiva, pues es tuberculinosenible.

Sintomatología de la escrofulosis ocular.

Sólo anotaremos los síntomas más característicos y constantes: blefaroespasmo más o menos acentuado; blefaritis con tumefacción y enrojecimiento de los bordes; queratoconjuntivitis con flictenas límbicas características, acompañada de fotofobia y epífora de grados variables; ulceraciones corneales con infiltración y vascularización, etc.

La afección ocular escrofulosa es, pues, poliforma en sus manifestaciones. Puede tomar un carácter anodino inespecífico, teniendo valor en estos últimos casos para diferenciarlas, las demás alteraciones clínicas escrofulosas.

Tuberculinoterapia.

La tuberculina puede usarse por diferentes vías, siendo las más conocidas y recomendadas la percutánea, subcutánea, intradérmica y por algunos autores, entre ellos el Prof. Wiedershold la vía endovenosa.

Vía intradérmica. — Desde hace algunos años se hace tratamiento con tuberculina, por vía intradérmica, en el Servicio de Oftalmología del Hospital Arriarán, siguiendo las indicaciones y dosis recomendadas en nuestro país por el Prof. Dr. Carlos Charlín.

La técnica usada por el Dr. Charlín en su Clínica Oftalmológica del Hospital Salvador es, en breves palabras, la siguiente: a partir de la antigua tuberculina de Koch prepara diluciones sucesivas y progresivas de 10 en 10 hasta 20, 30 y más ceros, en suero fisiológico fenicado al 5 por mil. Son diluciones, por lo tanto, altamente diluídas, y se renuevan semanalmente, con el objeto de que conserven su eficacia más o menos fija y estable.

Elegido el enfermo a tratar, se le coloca semanalmente una inyección intradérmica de 1/10 de c.c. en jeringa especial de 1 c.c., graduada en centésimos, en la cara anterior del antebrazo.

Reacciones. — A pesar de ser soluciones altamente diluidas, pueden presentarse algunas reacciones que son del siguiente tipo.

1º Local, constituida por una pápula eritematosa en el sitio de la inoculación. Poco frecuente por las diluciones tan altas empleadas.

2º Focal, que puede ser favorable o no, caracterizado por mejoría o agravación en el sitio de la enfermedad.

3º General, que también puede ser de dos tipos: exacerbación o disminución de los componentes del llamado síndrome tóxico (cefalea, anorexia, astenia, etc.), mediante estos tipos de reacción podemos conocer las siguientes dosis: a) insuficiente, sin modificación aparente del cuadro clínico; b) excesiva, perjudicial por su acción desfavorable; c) óptima, la adecuada para cada caso por sus acciones benéficas.

Contraindicaciones. — Lo constituye un foco pulmonar activo. Igualmente hemos evitado hacerlo frente a infecciones intercurrentes anergizantes (estados gripales, coqueluche, sarampión, etc.).

Para empezar y elegir la dosis adecuada para el tratamiento es indispensable basarse en el siguiente criterio clínico:

1. Antecedentes bacilares, familiares y personales, especialmente de contagio activo.

2. Estado general (síndrome tóxico).

A mayor intensidad de éstos, mayor dilución. En general, hemos usado en nuestros casos las soluciones comprendidas entre los 18 y 30 ceros para empezar. De lo anteriormente dicho se desprende que es indispensable hacer un examen médico general, radiológico, sedimentaciones, etc., antes de iniciar cualquiera cura con tuberculina.

Una vez iniciado el tratamiento, las dosis siguientes dirigidas a obtener la dosis óptima lo más rápidamente posible, no son fijas ni estables, sino variables y determinadas por la reacción focal o visceral obtenida con la inyección inmediatamente anterior.

En términos generales, las reacciones favorables indican el mantenimiento y continuidad de las dosis; las desfavora-

bles, una mayor dilución de ellas, previo compás de espera. Como término medio puede esperarse de una a dos semanas, para así eliminar el excedente de tuberculina usada en la inyección anterior.

Insistimos en repetir que hemos tratado, en lo posible, de no provocar reacciones focales desfavorables. Estas las hemos visto en otros tipos de afecciones, sumamente intensas y peligrosas, siendo a veces imposible de neutralizar a tiempo. Con este criterio no hemos lamentado ninguna agravación clínica.

Debemos recordar, también, que nuestra conducta no se detiene en observar la reacción focal solamente, sino que prestamos la debida importancia a la reacción general que puede producirse, aceptando el mismo criterio que para la primera.

En cuanto a la reacción local, podemos decir que no la hemos observado, pues usamos diluciones demasiado grandes.

En el presente trabajo damos a conocer solamente algunas observaciones de escrofulosis ocular tratadas con tuberculinoterapia y controladas en nuestro Servicio de Oftalmología. Hemos rechazado un buen número de casos, por estar incompletas, ya sea en sus exámenes, controles o tratamientos. Todos nuestros casos tienen más de un año de observación, algunos hasta tres años.

La soluciones de tuberculina más empleadas por nosotros fueron las del 20 y 22. En algunos casos empleamos las soluciones del 30. Llegando, por otra parte, hasta la solución 18.

Generalmente, después de la segunda o tercera inyección de tuberculina, se empieza a apreciar una notable mejoría de la lesión ocular; hubo casos que no necesitaron más de 5 inyecciones como tratamiento local, en cambio, otros necesitaron hasta quince inyecciones.

Reacciones. — La tuberculina usada por nosotros a tan altas diluciones y por vía intradérmica, no produjo ninguna reacción dolorosa ni molesta en los niños. Tampoco apreciábamos molestias de carácter focal, local ni general, siendo perfectamente tolerada.

Resultados.

Para apreciar mejor los resultados, hemos dividido los casos en buenos, regulares y sin mejoría.

Consideramos como buenos a aquéllos que respondieron en forma satisfactoria al tratamiento y no presentaron

recidiva, por lo menos antes de un año (13 casos). Entre los casos regulares anotamos a aquéllos que respondieron en buena forma al tratamiento, pero que presentaron recidiva a las pocas semanas (5 casos). Estas recidivas estaban, en su mayor parte, relacionadas con un cuadro gripal o infeccioso. Sin mejoría catalogamos los casos que no respondieron al tratamiento (2 casos).

CUADRO Nº 1.

Obs.	Edad	Diag.	Antecedentes personales y familiares de contagio	Mantoux	Radiosc.	Sedim.	Duración tratam. anterior
1.	6 a.	Q. C. F.	negativos	(+)	(+)	normal	4 meses
2.	10 a.	B. Q. C.	positivos	(+)	(+)	normal	5 meses
3.	5 a.	Q. C. U.	positivos	(—)	(—)	normal	3 meses
4.	4 a.	Q. C. F.	negativos	(+)	(—)	alterada	1 mes
5.	6 a.	Q. C. F.	?	(+)	(—)	normal	1 mes
6.	12 a.	Q. U.	?	(+)	(+)	alterada	2 años
7.	3 a.	Q. C. F.	negativos	(+)	(+)	alterada	2 años
8.	3 a.	B. Q. C.	?	(+)	(—)	—	2 años
9.	8 a.	B. Q. C.	negativos	(+)	(+)	normal	9 meses
10.	7 a.	B. Q. C.	negativos	(+)	(+)	normal	7 meses
11.	7 a.	B. Q. C.	negativos	(+)	(—)	normal	2 meses
12.	8 a.	Q. C. F.	positivos	(+)	(—)	normal	2 meses
13.	5 a.	B. Q. C.	positivos	(—)	(—)	—	3 meses
14.	5 a.	B. Q. C.	negativos	(+)	(—)	—	10 meses
15.	14 a.	Q. C. F.	negativos	(+)	(+)	normal	8 años
16.	3 a.	Q. C. U.	positivos	(+)	(—)	—	1 año
17.	8 a.	Q. C. U.	negativos	(+)	(+)	normal	4 meses
18.	20 m.	Q. C. F.	positivos	(+)	(—)	normal	2 meses
19.	4 a.	B. Q. C.	negativos	(no)	(+)	normal	2 meses
20.	4 a.	Q. C. F.	negativos	(no)	(+)	normal	1 mes

B. Q. C.: Blefano querato conjuntivitis.

Q. U.: Queratitis ulcerosa.

Llama la atención que en los casos de recidiva, la respuesta terapéutica con la tuberculina (Obs. N.os 1, 15, 18) a una segunda serie, fué mucho más rápida, si se la compara con la primera serie a que estuvieron sometidos. Esta misma rapidez de acción la observamos también con las sales de plata y tratamientos locales que anteriormente eran ineficaces.

CUADRO N° 2.

Obs.	Sol.	N° de inyec.	Duración tratam.	Resultados	Recidivas	Controles oculares
1.	20	VIII	2 meses	bueno	si	mácula
2.	20-18	XIV	3 meses	bueno	no	mácula
3.	18	X	2 meses	bueno	no	sano
4.	20	VIII	2 meses	bueno	no	bien
5.	20	V	1½ mes	bueno	no	bien
6.	20	XV	5 meses	bueno	no	mácula
7.	20	XII	3 meses	bueno	no	bien
8.	22-20	XIII	3 meses	regular	si	mácula
9.	18	VI	1½ mes	bueno	no	bien
10.	24	VIII	2 meses	bueno	no	bien
11.	24	IX	3 meses	bueno	no	bien
12.	18	VI	2 meses	bueno	no	bien
13.	20-22	XIII	3 meses	sin mejoría	—	(*)
14.	20	XII	3 meses	sin mejoría	si	mácula
15.	20	X	3 meses	regular	si	mácula
16.	20	X	3 meses	regular	si	mácula
17.	22	V	2 meses	bueno	no	bien
18.	18	IX	2½ meses	regular	si	bien
19.	30-24	X	3 meses	bueno	no	mácula
20.	20	VIII	2½ meses	regular	si	—

Cuadro resumen del tratamiento y resultados obtenidos.

(*) Ver observación.

En aquellos casos en que la mejoría se obtuvo prontamente, es decir, después de la segunda o tercera inyección, se continuó aún por algún tiempo, inyectándoles tuberculina a intervalos regulares, para consolidar la mejoría obtenida, como es el caso de las observaciones N.os 10 y 19.

La duración del tratamiento con tuberculina en los casos considerados buenos, fué de 2 meses, término medio. Algunos duraron 1 mes, otros hasta 5 meses.

Si analizamos el cuadro N° 1, tenemos lo siguiente:

Edad. — La mayor frecuencia la encontramos entre los 3 y 6 años, fluctuando sus edades entre 1 año 8 meses y los 12 años.

Antecedente. — En 6 casos, en un total de 20, hubo antecedentes francos de contagio tuberculoso. En 3 de ellos fué sospechoso y en 11 fué negativo, no siendo posible averiguar la fuente de infección.

Radioscopías. — Todos los niños tienen más de una radioscopia de control y también algunos poseen radiogra-

fías. En 10 casos, entre 20, la radioscopia fué positiva para una lesión tuberculosa inactiva, ya sea ésta de origen ganglionar o un foco primario calcificado. En los otros 10 casos, las radioscopías repetidas fueron negativas.

Mantoux. — En la policlínica de ojos, generalmente no hacemos la reacción de Mantoux en las conjuntivitis flictenulares, por temor a la agravación local. Los Mantoux que figuran en el cuadro fueron realizados por los médicos de los distintos servicios de la policlínica, como parte del examen general. En la presentación realizada en la Sociedad de Pediatría figuraban 3 Mantoux al 1 x 1,000 negativas, con radioscopías negativas. No seguimos la investigación alérgica con dosis más concentrada. En vista de la discusión originada alrededor de este punto, ubicamos a uno de los casos negativos, comprobando que el Mantoux había sido realizado antes que presentara su conjuntivitis flictenular (3 años antes; Obs. N° 5). El nuevo Mantoux al 1 x 1,000 fué positivo franco. El otro caso (Obs. N° 13) falleció de una meningitis tuberculosa, 6 meses después de haber abandonado su tratamiento. El último (Obs. N° 3) se encuentra fuera de Santiago. Las observaciones Nos. 19 y 20, que han estado hospitalizadas, no se les ha hecho Mantoux, a pedido de los oculistas, ya que sus lesiones radiográficas eran concluyentes.

Neira, en su interesante trabajo acerca del "Estudio radiológico y clínico en las conjuntivitis flictenulares" de nuestro medio, da a conocer las siguientes cifras en la investigación de la alergia tuberculosa, cuyos porcentajes varían entre un 76 y un 95 %. Así, Kinsey, da un 76 %; Gibson, un 85 %; entre nosotros, Vieira, un 85 %; Tejeda, un 85 %, y Neira, un 76 % de positividad para las reacciones tuberculinicas en las conjuntivitis flictenulares. Nosotros encontramos un 87 % de positividad, siendo de un 90 % la positividad combinada con la radiológica.

La positividad radiológica encontrada por Neira en más de 240 niños con esta afección, alcanza a un 61.9 % y 84.2 % de positividad combinada con la investigación alérgica.

Sedimentación. — En 13 casos, en un número de 20, fueron normales, considerándolas como tal a aquéllas cuyo valor en la primera hora era inferior a 10 mm.; en 4 casos no se realizó, siendo de valores medianamente altos en 3.

Tratamientos anteriores. — Trece casos estuvieron sometidos menos de 6 meses con tratamientos corrientes y sin resultados. Hubo un caso de gran rebeldía, que permaneció 8 años con tratamientos habituales, sin conseguir mejoría duradera (Obs. N° 15).

Estado general. — Nuestro trabajo está dedicado al estudio de la acción de este preparado sobre la alteración ocular, pero podemos adelantar que en casi todos ellos se apreció, junto a la mejoría ocular, una mejoría de su estado general, consistentes en mejor sueño, apetito, más ánimo y subidas de peso (Obs. 19) de 2 ó más kilos.

No apreciamos en ningún momento una acción perjudicial sobre el estado general de los niños. Comentario aparte merece la Obs. 13. Esta chica, cuyos antecedentes de contagio tuberculoso eran positivos, recibió tuberculina en sol. 22-20, durante 3 meses, con alternativas de mejoría y recídas en su lesión ocular, abandonando el tratamiento.

Después de 6 meses consulta nuevamente en el hospital por una meningitis tuberculosa y fallece en su domicilio.

Como anteriormente lo expusimos, todos estos enfermitos habían estado antes sometidos a los tratamientos corrientes de la Policlínica de Ojos, recibiendo también aceite vitaminado, tónicos generales y alimentación adecuada en lo posible. Una vez terminado el tratamiento con tuberculina, siguieron recibiendo tónicos y la mejor alimentación posible. Igualmente es indispensable colocar al niño donde no existan focos de contagio activo en la casa.

Observaciones clínicas.

I. O. M. — 48783. — 6 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis flictenular (1942).

Antecedentes tuberculosos familiares: (—). Sarampión 6 meses antes. Mantoux positivo. Radioscopia: pequeño nódulo calcificado. Sedimentación: 8-19.

Tratamiento: Durante 4 meses es atendida en la Policlínica de Ojos, con los medios habituales, sin resultado alguno. Se hospitaliza y se inicia tuberculioterapia. Se coloca una serie de VIII inyecciones (Sol. 20). Se da de alta en perfectas condiciones, con el siguiente examen ocular: "Ojos blancos, los abre espontáneamente. Bien". Un año después consulta por una débil mácula. Control (1944): Bien. Recidiva en junio de 1945, mejorando rápidamente con medios habituales.

2. S. V. — 33943. — 10 años. — Diagnóstico: bléfar querato-conjuntivitis flictenular (1943).

Antecedentes tuberculosos familiares: positivo. Sarampión 4 meses antes. Mantoux positivo. Radioscopia: complejo primario calcificado. Sedimentación: 10-30.

Se trata durante 3 meses, sin resultado alguno. Abandona y vuelve después en iguales condiciones, para someterse otros 2 meses, sin resultado. Se inicia tuberculinoterapia con una serie de XIV inyecciones (Sol. 20-18). A la tercera inyección, el examen ocular dice: "No hay fotofobia, desapareció la vascularización, la úlcera tiende a cicatrizar". Continúa todo su tratamiento y se le da de alta en buenas condiciones, después de 3 meses de tratamiento, quedando sólo una pequeña mácula en el O. D. I. Su control (1944): Bien, persiste pequeña mácula.

3. L. S. — 59360. — 5 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis ulcerosa (1943).

Antecedentes familiares: positivos. Eczema de la cara.

Mantoux: (—). Radioscopia: (—). Sedimentación: 8-12.

Se trata durante 3 meses, sin resultado satisfactorio. Se inicia tuberculinoterapia, una serie de X inyecciones (Sol. 18). Durante la cuarta inyección se anota: "abre bien el ojo". Continúa en mejor forma y abandona el tratamiento en la X inyección, estando en buenas condiciones. Control no se ha hecho, está fuera de Santiago.

4. E. A. — 69055. — 4 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis flictenular (1943).

Antecedentes familiares: negativos.

Mantoux: (+). Radioscopia: (—). Sedimentación: 17-22.

Se trata durante 1 mes, sin resultado. Se inicia tuberculinoterapia, una serie de VIII inyecciones (Sol. 20). A la sexta inyección: "abre espontáneamente el ojo, muy bien". Se da de alta después de 2 meses de tratamiento, en perfectas condiciones.

El control realizado 3 meses después ha sido satisfactorio, presentando sólo una adenitis cervical izquierda. Actualmente ha tenido una fiebre tifoidea, sin alteración ocular (1945).

5. J. A. — 41583. — 6 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis flictenular (1941).

Antecedentes familiares: Se ignoran. Sarampión 1 mes antes.

Mantoux: (+). Radioscopia: (—). Sedimentación: 5-12.

Tiene una semana de evolución. Se trata durante 1 mes, sin resultado. Se inicia tuberculinoterapia, una serie de la Sol. 20. A la quinta inyección se anota: "está bien, abre espontáneamente los ojos. Ojos blancos". En estas condiciones abandona el tratamiento por motivos sociales. Acude a un con-

rol 4 meses después, cuyo examen ocular da: "O. D. I.: sin molestias. Buen estado ocular". Su examen general revela un estado general deficiente, con apetito conservado, micropoliadenia cervical, impétigo labial. Facies de tendencia escrofulosa. Los controles posteriores: estado ocular bueno.

6. J. C. — 65513. — 12 años. — Diagnóstico: queratitis ulcerosa. Mácula ulcerada.

Antecedentes familiares: se ignoran.

Mantoux: (—). Radioscopia: ganglio paratraqueal izquierdo calcificado. Sedimentación: 30-50.

Desde hace 2 años que se trata en la Policlínica de Ojos, por su queratitis, sin resultado. En julio de 1944 inicia tratamiento con tuberculina (Sol. 20). Un mes después, con la IV inyección, se anota: "O. D. muy bien, no hay inyección ciliar ni fotofobia". Sigue en buenas condiciones, en octubre, con la X inyección se apracia. O. D. I.: estado ocular óptimo". Es dado de alta después de XV inyecciones, en perfectas condiciones.

7. R. C. — 60495. — 3 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis flictenular.

Eczema impetiginizado. Sarampión al año 8 meses.

Antecedentes familiares: negativos.

Mantoux: (+). Radioscopia: sombras pequeñas alargadas en la región biliar izquierda. Resto libre. Sedimentación: 30-50.

Desde los 2 años de edad que presenta su lesión ocular. Ha sido atendido en la Policlínica de Ojos, con los medios habituales, sin conseguir mejoría. En abril de 1944 se inicia una serie de tuberculinoterapia (Sol. 20). Al mes después, con la quinta inyección, estaba mucho mejor. A fines de julio se anota: "O. D. I. muy bien, abre bien los ojos, no hay inyección ciliar ni fotofobia. Estado ocular óptimo". Su control en el mes de noviembre nos revela que continúa en buenas condiciones.

8. L. T. — 54102. — 3 años. — Diagnóstico: bléfar querato-conjuntivitis.

Eczema. Distrofia (1942).

Antecedentes familiares: se ignoran. Sarampión 2 meses atrás.

Mantoux: (+). Radioscopia: (—).

Tiene 2 meses de evolución. Se trata en el hospital durante 1 mes, con los medios habituales, sin obtener mejoría. Se inicia una serie de tuberculina, con un total de XIII inyecciones (Sol. 22-20), durante 3 meses. Al primer mes de tratamiento se encuentra en perfectas condiciones y se le da de alta al terminar su serie. Vuelve 6 meses después, con una mácula ulcerada y presenta una parotiditis, seguida después por una coqueluche. Nuevamente aparece su querato-conjuntivitis. Se contraindica la tuberculinoterapia y se le

trata con los medios corrientes, mejorando en forma rápida. Control ocular en mayo de 1945: "bien, pequeña mácula O. D."

9. L. N. — 11477. — 8 años. — Diagnóstico: bléfaro querato-conjuntivitis flictenular (1945).

Antecedentes tuberculosos familiares: negativos.

Mantoux: (+). Radioscopia: calcificaciones paratraqueal derecha. Sedimentación: 10 mm.

Sufre de la vista desde agosto de 1943, tratándose en la policlínica sin resultados. En mayo de 1944 resuelve hospitalizarse para someterse a una cura de tuberculina (Sol. 18). A la tercera inyección "abre bien el ojo, no hay inyección ciliar ni fotofobia". Se colocan 6 inyecciones y se da de alta con la siguiente anotación: "Bien, ojos blancos, sin molestias". Controles: bien.

10. D. G. — 73611. — 7 años. — Diagnóstico: bléfaro querato-conjuntivitis flictenular. Otitis media supurada aguda. Impétigo cara.

Sarampión en 1943.

Antecedentes tuberculosos familiares: negativos.

Mantoux: (+). Radioscopia: adenopatía hilar izquierda. Sedimentación: 5-10 mm.

Se hospitaliza en el servicio de tuberculosis y se trata su lesión ocular con medios habituales, sin resultado alguno. En la ficha, el fisiólogo anota: "En vista de la negatividad del tratamiento hasta aquí seguido durante 7 meses, se hará una cura con tuberculina, que vigilará la doctora Candía". Se inicia tratamiento con tuberculina (Sol. 24), 2/10 semanalmente. En agosto de 1944, con la tercera inyección se aprecia: "O. D. I. muy bien. Abre bien los ojos, no hay inyección ciliar ni fotofobia". Con la VII inyección es dada de alta en perfectas condiciones, subiendo 2 kilos de peso en 2 meses.

11. R. C. — 45442. — 3 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis flictenular. Adenitis cervical fistulizada.

Antecedentes tuberculosos: negativos.

Mantoux: (+). Radioscopia de tórax: (—). Sedimentación: 7-25 mm.

Su afección ocular se inicia en julio de 1944. Se somete a tratamiento durante 2 meses, sin resultados. En setiembre se inicia tuberculinoterapia (Sol. 24). En la tercera inyección el oculista anota: "O. D. I. sin inyección conjuntival ni fotofobia, ligera epifora". En la sexta inyección: "O. D. I. muy bien". Se da de alta después de colocarse IX inyecciones. Controles actuales demuestran que sigue bien.

12. J. M. — 53244. — 8 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis flictenular.

Sarampión a los 2 años de edad.

Antecedentes tuberculosos familiares: positivos.

Mantoux: (+). Radioscopia: (—). Sedimentación: 3-5 mm.

Se inicia en octubre de 1942 y se trata en la Policlínica durante 5 meses, sin mejoría evidente. En marzo de 1943 se somete a una serie de tuberculina (Sol. 18). Se coloca en total 6 inyecciones, notándose una mejoría evidente, a partir de la tercera inyección. Se da de alta con: "O. D. L. bien". Su control ocular en setiembre de 1944 y en febrero y junio de 1945 revelan ojos sanos.

13. C. A. — 54069. — 3 años. — Diagnóstico: bléfaro querato-conjuntivitis flictenular. Impétigo. Eczema.

Antecedentes tuberculosos familiares: positivos.

Mantoux: (—). Radioscopia: (—).

Consulta en el mes de setiembre de 1942. Su afección ocular tiene 3 meses de evolución. Se trata durante un mes, sin resultados. Se inicia cura con tuberculina, colocándose una serie de XIII inyecciones (Sol. 22-20) durante 3 meses. Con las primeras inyecciones se observó una franca mejoría, pero después su estado ocular permanece estacionario, con mejorías esporádicas.

Después de 6 meses de ausencia y sin tratamiento, ingresa al hospital con una meningitis tuberculosa y fallece en su casa.

14. A. A. — 32654. — 5 años. — Diagnóstico: bléfaro querato-conjuntivitis (1941).

Antecedentes tuberculosos: (—).

Mantoux: (+). Radioscopia: (—).

Sarampión a los 6 meses.

Un mes de evolución. Se somete a tratamientos corrientes durante 2 meses y mejora. Un mes después reingresa con una conjuntivitis purulenta y una queratitis ulcerosa. Mejora su conjuntivitis purulenta, pero sigue igual de su queratitis. Se somete a tratamiento durante 10 meses, sin resultados.

En vista de la rebeldía a los tratamientos, se inicia una serie de tuberculina con XII inyecciones (Sol. 20). En la V inyección se encuentra bien. Permanece en perfectas condiciones hasta la XII inyección, donde aparece un cuadro infeccioso de corta duración, que hace reaparecer nuevamente la sintomatología ocular. Se suspende la tuberculina y se trata con medios corrientes mejorando en un mes.

A los pocos días presenta una coqueluche y reaparece su cuadro ocular, demorando 3 meses en mejorar con los medios habituales. Un mes después se trata con tuberculina, por haber reaparecido sus molestias oculares. Abandona el tratamiento, encontrándose en franca mejoría, con la VII inyección. Vuelve 4 meses después con una querato-conjuntivitis flictenular y con una mácula ulcerada, que mejora rápidamente sin tuberculina. Actualmente bien. Concorre a los controles.

15. I. T. — 05439. — 14 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis flictenular. Sarna.

Antecedentes tuberculosos: (—).

Mantoux: (+). Radioscopia: pequeñas calcificaciones en el hilio izquierdo. Sedimentación: 6-8 mm.

Ha estado más de 8 años en tratamiento, con mejorías esporádicas. Se inicia tratamiento con tuberculina, una serie de X inyecciones (Sol. 20). Termina su serie algo mejor, sin inyección conjuntival. Queda en descanso durante un mes y presenta nuevamente otro brote ocular. Se inicia su segunda serie con igual dosis, respondiendo en mejor forma que con la primera serie. Actualmente se encuentra con una mácula ulcerada.

16. M. P. — 75046. — 3 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis ulcerosa.

Antecedentes tuberculosos: (+).

Mantoux: (+). Radioscopia: (—).

Tiene un año de evolución. Se somete durante 3 meses a tratamiento, sin resultados. Se inicia una serie de X inyecciones (Sol. 20), al final de la cual se anota: "muy bien, ojos blancos, no hay edema, mácula tenue". Presenta poco después un cuadro gripal que provoca epifora, fotofobia e inyección ciliar. Se suspende la tuberculina hasta que pase su gripe. Actualmente ha iniciado su segunda serie de tuberculina. (Se colocó solamente una inyección y abandonó tratamiento).

17. M. T. — 76044. — 8 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis ulcerosa (1944).

Antecedentes tuberculosos: (—). Mantoux: (+). Radioscopia: adenopatía hilar en regresión. Sedimentación: 7-24.

Desde el mes de febrero sufre de los ojos. Consulta en marzo en la Policlínica, donde sigue tratamiento ambulatorio habitual hasta el mes de junio. En esta fecha se hospitaliza durante un mes, siendo dada de alta en buenas condiciones. Dos meses después consulta nuevamente por presentar inyección ciliar, epifora, mácula ulcerada. Se inicia una serie de tuberculina, empezando con sol. 22 y colocándose 5 inyecciones. Actualmente el examen ocular revela: "O. D. I. muy bien. Abre bien el ojo. Sin inyección ciliar, sin fotofobia ni epifora. Mácula en 01".

18. J. D. — 80683. — 1 año 8 meses. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis flictenular (1944).

Antecedentes tuberculosos: (+).

Mantoux: (+). Radioscopia: (—). Sedimentación: 1-3.

Consulta al mes de enfermedad. Se trata en la Policlínica con medios corrientes durante 2 meses, sin resultados. Se inicia una cura con tuberculina, con dosis sol. 18, y se coloca 9 inyecciones. El último control ocular con la IX inyección dice: "O. D. I. muy bien. Abre bien los ojos. No tiene in-

yeción ciliar ni fotofobia. Ojos blancos". Poco tiempo después presenta bléfar-conjuntivitis y se coloca VI inyección Sol. 20, mejorando de su afección.

19. P. E. — 81688. — 4 años. — Diagnóstico: bléfar-conjuntivitis. Queratitis ulcerosa. Impétigo de la cara (agosto de 1944).

Antecedentes tuberculosos: (—).

Mantoux: no se hizo. Radiografía: foco pulmonar calcificado sub-clavicular derecho. Sedimentación: 10-25 mm.

En agosto de 1944 consulta por su lesión ocular y se hospitaliza por vivir en el campo y por la gran intensidad de sus lesiones oculares, con compromiso del estado general. Permanece en el Servicio de Medicina y después se traslada al servicio de tuberculosis, sin encontrar mejoría de su lesión ocular.

En febrero de 1945 se autoriza la cura con tuberculina, empezando con la Sol. 30. A la sexta inyección (Sol. 24) se anota en su ficha: "O. D. I. muy bien. Abre los ojos. Sin inyección ciliar. Sin molestias. Muy bien de su impétigo facial".

En mayo, en vista de estar bien de sus ojos, se suspende la tuberculina después de colocar X inyecciones. El control realizado por el tisiólogo, anota: "muy buen estado general, apetito, alegre, juega, conversa con los otros niños. Cara limpia".

20. O. C. — 42831. — 4 años. — Diagnóstico: querato-conjuntivitis ulcerosa (1945).

Antecedentes tuberculosos: (—).

Mantoux: no se hizo. Radioscopia: foco 1º calcificado. Sedimentación: 10-15.

Después de 3 meses de enfermedad consulta en la Policlínica, donde se trata durante un mes, sin resultados, para luego hospitalizarla y someterla a un tratamiento con tuberculina. Recibe durante 2½ meses, 8 inyecciones de tuberculina (Sol. 20). Con la VII inyección, el oculista anota: O. D. I. bien, ojos blancos. Permanece durante 2 semanas en buenas condiciones y sin tratamiento, contrayendo después una gripe en el hospital, de 4 días de duración, con fiebre, coriza purulento y conjuntivitis. Es sometida a tratamiento corriente, estando actualmente mucho mejor.

Conclusiones y resumen.

1. Se hace una exposición de veinte casos de escrofulosis ocular crónica, tratadas con tuberculina por vía intradérmica y en altas diluciones.

2. Hubo 13 casos que respondieron satisfactoriamente al tratamiento; en 5 casos el resultado fué regular y en 2 no se apreció mejoría alguna.

3. La tuberculina fué perfectamente tolerada, sin presentarse reacciones locales, focales ni generales.

4. La duración del tratamiento fué de 1 a 2½ meses, término medio.

Bibliografía.

- 1.—HOLT y HOWLAND. — "Tratado de Pediatría". XI Ed., I. Ed. Española.
- 2.—SIMON y REDEKER. — "Tuberculosis infantil". II. Ed. Española.
- 3.—CHARLIN C. — "Medicina Oftalmológica". Ercilla, 1941.
- 4.—FEER. — "Tratado de las enfermedades de los niños". Ed. Española 1934.
- 5.—WIEDERHOLD A. — "Tuberculinoterapia en la querato-conjuntivitis escrofulosa". Arch. Hosp. Roberto del Río, Nº 3-4, 1943.
- 6.—ARAYA A. — "La escrofulosis ocular del adulto". Tesis 1941. U. de Chile.
- 7.—CHARLIN C. — "Afecciones tuberculosas aparentes u ocultas del adulto y tuberculinoterapia". El Día Médico, Año XV, Nº 30, 1943.
- 8.—NEIRA M. y AHUMADA R. — "Estudio radiológico-clínico de la conjuntivitis flictenular en el medio escolar". Rev. Chilena de Pediatría, Nº 3, marzo de 1943.
- 9.—PFAUNDLER y SCHLOSSMANN. — "Enciclopedia de Pediatría".