

Sesión del día 14 de octubre de 1931

## Intradermo-Reacción a Proteínas no Específicas en el PRONOSTICO de la Sífilis Ocular (1)

POR EL DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ

**T**ODOS los que tenemos que atender sifilíticos — y los tenemos que atender tanto médicos generales como especialistas, por las variadas manifestaciones de la lúes —, hemos observado la relativa facilidad con que, en algunas personas, ceden al tratamiento tales manifestaciones y aun se modifican favorablemente las reacciones serológicas, mientras que, en otros enfermos, la infección específica *resiste obstinadamente* a cuanto hagamos.

En los primeros, la sífilis es *benigna*, sus manifestaciones son leves, raras las complicaciones serias y excepcionales las localizaciones nerviosas; mientras que, en los segundos, la sífilis es *grave*, rebelde a los tratamientos, con importantes localizaciones viscerales, con serio ataque a los órganos de los sentidos, con neuro-sífilis de marcha incontenible.

En el estado actual de nuestros conocimientos ¿tenemos que esperar a ver la marcha que seguirá la infección en cada uno de nuestros enfermos, para distinguir las sífilis benignas, o tenemos a nuestro alcance medios prácticos y sencillos que nos permitan, desde luego, aventurar un *pronóstico*?

*Parece que sí*, según las bellas investigaciones de los médicos belgas Dujardin y Decamps (2), divulgadas, con aportaciones personales, por el profesor H. Gougerot, en colaboración con el doctor E. Peyre, jefe de laboratorio (3).

El medio propuesto por los doctores *Dujardin y Decamps* y al que el profesor Gougerot da el nombre de *prueba pronóstica de Dujardin y Decamps*, consiste en *practicar a los enfermos, en la cara externa del brazo, una inyección intradérmica de una proteína, por ejemplo, dos décimas de centímetro cúbico de hemostil suero.*

Si la intradermo-inyección *no despierta* ninguna *reacción local* es que el organismo del enfermo *no reacciona*, no se defiende, y, por lo mismo, la infección sifilítica seguirá una evolución *grave*.

Si, por el contrario, en el lugar de la inyección se produce una pápula rodeada de una aureola rojiza, y esa pápula persiste *horas y aún días*, co-

(1) TRABAJO REGLAMENTARIO presentado a la Academia N. de Medicina de México. Oct. de 1931.

(2) Influencia de una sensibilización experimental sobre la alergia y las hetero-alergias. Bulletin de la Soc. Royal des Sciences Med. et Nat. de Bruxelles. 1924.

(3) *Le Monde Medical*, enero y abril de 1928. Año XXXVIII págs. 1-15 y 433-442

mo yo lo he observado en los enfermos de mi clínica oftalmológica, entonces se dice que la *intradermo-reacción es positiva* y se deduce que el enfermo se defiende del treponema y sus toxinas y que, por consiguiente, la evolución de su sífilis será benigna, cediendo fácilmente la infección a los tratamientos usuales.

Veamos *cuales son los fundamentos de esta intradermo-reacción* (1). Cuando se introduce en el cuerpo una substancia extraña (microbio, albúmina, etc.), el organismo se defiende, elabora substancias que combatan o neutralicen los efectos de la substancia extraña. A esas substancias defensoras se ha dado el nombre bien conocido de *anti-cuerpos* y se ha impuesto el nombre de *antígeno* a los elementos extraños ya dichos (microbios, albúminas, etc.), *capaces de engendrarlos*.

Muchas veces, la primera ocasión que se introducen substancias extrañas, no producen reacción ostensible; pero, si *se repite* la introducción de tales substancias, entonces el organismo sí *reacciona*, porque ya se ha *sensibilizado*.

A esta sensibilización se da el nombre de *anafilaxia* que «es la expresión de propiedades y principios saludables que significan una defensa, pero que son susceptibles de presentarse con suma violencia, pudiendo dar lugar a efectos peligrosos» (Bordet, citado por Gougerot.)

La *anafilaxia, sensibilización del organismo por substancias extrañas*, es el principio de la *inmunidad*, que es la resultante de la formación de los anti-cuerpos que tienen diversos efectos: ora neutralizan las toxinas microbianas, (antitoxinas), ora aglutinan los cuerpos de los microbios (aglutininas), ora los disuelven (bacteriolisinas), ora precipitan las proteínas, los coloides (precipitinas).

*El poder que tiene el organismo de defenderse del ataque de elementos extraños*, es decir, de formar anticuerpos, ha recibido el nombre de *alergia*.

El individuo que *reacciona*, es *alérgico*; el que *no reacciona*, que no se defiende, es *analérgico*.

Si una substancia se inyecta en la piel y *produce reacción* es que *existe una alergia cutánea* que testifica un estado de defensa de todo el organismo.

Esa substancia inyectada puede ser *específica*, de la misma naturaleza del germen, como las toxinas del treponema; *luetina y palidina*. La reacción que provoque será entonces específica, produciendo *anticuerpos específicos*.

Pero la substancia empleada puede ser *no específica*, pues un antígeno introducido en el organismo «*no se limita a producir sensibilizaciones o anticuerpos específicos, sino que, por lo menos en la fase anafiláctica, aumenta al mismo tiempo la sensibilización para otros cuerpos, es decir, suscita co-sensibilizaciones no específicas*».

(1) A pesar de ser bien conocidos, los reproduzco aquí para mayor claridad en la exposición.

Un individuo sensibilizado por una infección o una intoxicación presentará, al mismo tiempo que una *alergia específica*, otras alergias *no específicas*, o hetero-alergias.

Lleguemos a nuestro caso: *un sífilítico* que se defiende de sus treponemas, que es *alérgico para ellos*, también presentará una *intradermo-reacción positiva*, o alergia cutánea, con una sustancia distinta, *el hemostil*, por ejemplo. Es decir, será *hetero-alérgico*.

Esta hetero-alergia nos permitirá distinguir las sífilis graves de las sífilis benignas, es decir, nos servirá en la práctica para aventurar un pronóstico.

*Dujardin y Decamps* presentan este cuadro:

EN LA ALERGIA:

a) Hipersensibilidad de los tejidos: sífilis localizada y fijada.

b) Reacción de fijación positiva y franca.

c) Intradermo-reacción, con inyección de proteína (hemostil) *perfectamente positiva*: pápula, prurito, etc.

d) Tratamientos eficaces: la curación es la regla.

EN LA ANALERGIA:

a) Sífilis progresiva, que puede difundirse en una serie de sistemas: sífilis secundaria con lesiones huesosas (analgia reciente); parasífilis (analgia tardía).

b) Reacción de fijación a veces positiva y a veces negativa.

c) Intradermo-reacción negativa.

d) Tratamientos ineficaces: la curación es excepcional y lenta.

Las sífilis alérgicas, con intradermo-reacción positiva, serán benignas.

Las sífilis analérgicas, con intradermo-reacción negativa, serán graves.

Esta investigación del pronóstico en cada sífilítico, que de tan sencilla manera podemos practicar: intradermo-inyección de dos o tres décimos de centímetro cúbico de hemostil, no es una investigación *platónica* (permítaseme el calificativo), sino eminentemente provechosa para el enfermo, pues si éste no ha reaccionado a la primera inyección, reaccionará a la segunda, tercera o cuarta que vayamos practicando cada semana, con lo que lograremos

mos transformar un sifilítico analérgico en un sifilítico alérgico, es decir, convertiremos una sífilis grave en una sífilis benigna.

Mucho antes de estas hermosas investigaciones de los médicos belgas, yo ya empleaba en mis sifilíticos rebeldes a los tratamientos, con los más felices resultados, las inyecciones de leche, es decir, la introducción en el organismo de proteínas co-sensibilizadoras que despertaban sus defensas. (1)

Aunque estas investigaciones necesitan para confirmarse plenamente, de dos importantes factores: la *multiplicación* de las observaciones y un *tiempo prolongado*, años sin duda, creo que dada la sencillez de la técnica, ningún médico está dispensado de despistar en sus sifilíticos el estado de *alergia o analergia*, lo que podrá guiarlo en el tratamiento, y aun le permitirá transformar una sífilis grave en una sífilis benigna.

Gougerot y Peyre, en sus trabajos de divulgación y comprobación de estos estudios, escriben estas palabras: «pedimos a nuestros compañeros que comprueben estos datos nuevos de proteíno-pronóstico de la sífilis.»

Escuchando esa noble invitación, hace tres años que, en mi consulta oftalmológica, empleo el proteíno-pronóstico en mis enfermos de *sífilis ocular* y he aquí los resultados de mis pesquisas.

Empezaré por relatar algunas observaciones típicas.

*Queratitis intersticial que se presentó sucesivamente en los dos ojos.* — Jovencita D. G. C. de 16 años de edad, de Aguascalientes; sus padres niegan antecedentes específicos, a pesar de que los dientes pequeños, desiguales, de la joven, sin ninguna otra manifestación anterior a su *queratitis intersticial*, hacen pensar en la *lúes*. El padre decía haberse practicado la reacción de Wasserman y ser ésta negativa. En su matrimonio no ha habido abortos y los cuatro hijos tienen un aspecto de aparente salud. En efecto: aun la enferma que es la primogénita, antes de su manifestación ocular, no había hecho pensar en la heredo-sífilis por su aparente salud. La reacción de Wasserman es negativa en la enferma.

Una primera *intradermo-reacción al hemostil*, también resultó negativa.

Insisto, ante los padres, en la naturaleza sifilítica de la afección ocular y emprendo un tratamiento con inyecciones semanarias de miosalvarsán y series de inyecciones intravenosas de un centígramo de cianuro de mercurio, además inyecciones sub-conjuntivales cada semana de 0.2 c. c. de sol: de cianuro de mercurio al 1 por 5.000, precedidas de anestesia local.

Después de un mes, *ninguna mejoría*: la *queratitis*, que solamente existía en un ojo, empezó y se desenvolvió rápidamente en el otro. Nueva *intradermo-reacción* con 0.2 c. c. de hemostil que resultó negativa. La enfer-

(1) Dr. José de Jesús González. Las inyecciones de leche en terapéutica ocular. VII Congreso Med. Nac. Saltillo, Coah. Sep. de 1922.

ma es *analérgica*, su Heredo sífilis, por causas que no sabría precisar, se ha vuelto grave.

Considero *urgente* co-sensibilizar a la enferma, transformar su analergia en alergia y, para ello, practico cada semana nueva intradermo-reacción: la tercera es débilmente positiva y francamente positiva la cuarta.

Ya no practico nueva intradermo-reacción (que, en este caso, primeramente fué pronóstica y luego sirvió como terapéutica, transformando el estado alérgico de la enfermita) para no pasar de esta primera fase *anafiláctica* a la fase de *inmunidad*, en relación a las hetero-proteínas.

Desde que la enfermita reaccionó positivamente, el tratamiento se hizo rápidamente eficaz y las córneas se aclararon completamente en pocas semanas.

La *reacción de Wasserman* se volvió positiva, fuertemente positiva, lo que demostró al padre de la enferma (persona ilustrada) la exactitud de mi diagnóstico etiológico.

Aconsejé continuar un tratamiento específico de *sostén*, el que se prosigue hace ya más de un año.

Actualmente la reacción de Wasserman se ha vuelto negativa y no existe ninguna manifestación sífilítica.

Una nueva *intradermo-reacción al hemostil* ha resultado *positiva*; persiste la *alergia*. Tranquilizo a la enfermita y a sus padres, pero aconsejo insistir en las curas periódicas de *sostén*. Como medidas de precaución, los padres, atemorizados, han hecho practicar a todos sus *otros hijos* tanto la reacción de Wasserman que ha resultado *negativa* en todos, como intradermo reacciones, que, siendo positivas, demuestran en los niños un estado alérgico. No me extraña el hecho de que la primogénita presente heredo-sífilis y no la presenten los demás hijos, pues en una serie de investigaciones personales ya antiguas, (1) demostré que la *heredo-sífilis en general* y en particular la *heredo-sífilis ocular* es tanto más frecuente cuanto más cerca se está del accidente primitivo. Al envejecerse la sífilis, aun las no tratadas *convenientemente*, producen en menor proporción y con menor virulencia la *heredo-sífilis*.

Después relataré otros hechos interesantísimos en relación con el pro teinopronóstico en los afectados de queratitis intersticial heredo-sífilítica.

*Parálisis del recto externo* — Sra. G. G., de S. de 30 años. Antecedentes sífilíticos del esposo. Ningunas *manifestaciones personales*, al decir de la enferma; pero ha sufrido dos abortos; los hijos nacidos a término están

(1) Dr. J. de J. González. Frecuencia de la sífilis hereditaria ocular y estudio de sus estigmas rudimentarios. Informe presentado en la tercera reunión anual de la Sociedad Oftalmológica Mex. Mem. Anales de Oftalmología, Tomo Núm. 9, México, 1908.

en apariencia sanos. Wasserman *débilmente positivo*. Intradermo-reacción al hemostil *marcadamente positiva*, pues después de una pápula rojiza, dura al tacto, que persiste aun a las 24 horas, a los dos días todavía presenta una mancha rojiza con infiltración de la piel.

La enferma es *alérgica* y el tratamiento certifica el estado de defensa de su organismo: la parálisis ocular *cede rápidamente* al tratamiento mixto *arseno-mercurial*. Perdió de vista a la enferma después de la curación de su enfermedad ocular.

*Irido-ciclitis crónica*.—Srita. H. M., de 30 años, de Durango. Vagos antecedentes hereditarios; cinco años antes, en la convalecencia de una gripa, tuvo una parálisis extraocular con diplopia, que cedió al tratamiento mercurial. Poco después, iritis violenta del ojo derecho: dejó fuertes sinequias y oclusión pupilar. Un año después, empezó a sufrir del ojo izquierdo. al presentarse por primera vez en mi consultorio sufría en ese ojo una iritis de marcha sub-aguda con sinequias rebeldes a la atropina. El ojo derecho perdido por oclusión y seclusión pupilar. Wasserman *débilmente positivo*; intradermo-reacción al hemostil *negativa*; la enferma es *analérgica*. El tratamiento antisifilítico, ya instituido por otros oculistas antes de que viniera a consultarme había sido ineficaz.

Para despertar sus defensas — aunque sin grandes esperanzas, por lo que respecta a la curación de sus manifestaciones oculares, por existir ya alteraciones definitivas — practico cada semana intradermo-inyecciones con 0.2 cent. cúbicos de hemostil; la cuarta apenas es *débilmente positiva*. la enferma es *analérgica rebelde*.

La marcha de la enfermedad ocular es incontenible, la seclusión pupilar del segundo ojo se acentúa, vienen fenómenos de hipertensión y propongo una iridectomía tanto para disminuir la tensión intraocular como para abrir una brecha a la luz. La operación no es aceptada y la enferma vuelve a su ciudad de residencia.

Me han escrito sus familiares que la ceguera se acentúa a pesar de haber continuado las curas periódicas con arseno-bencenos, mercuriales y bismúticos.

*Irido-ciclitis doble*. G. C., de 40 años, de San Isidro, Chihuahua. Sífilis bien comprobada clínica y serológicamente. La ha tratado con toda constancia: ha recibido, en total, 200 inyecciones intravenosas de 1 y 2 centigramos de cianuro de mercurio: ¡3 gramos del medicamento! y 50 inyecciones de neosalvarsán o sea 10 series de 5 inyecciones de 0.15, 0.30, 0.45, 0.60 y 0.75 centigramos de neosalvarsán, que hacen un total de 22 gramos 50 centigramos del arsenical.

Hace tres meses que sufre la enfermedad ocular; existen en ambos ojos fuertes sinequias irianas; la agudeza visual es de 1 / 10.

La *intradermo-reacción* al hemostil es una, dos y tres veces *negativa*: el enfermo es *analérgico*, su sífilis es grave.

Instituí un tratamiento bismútico, pero, en las pocas semanas que el enfermo permaneció en esta ciudad, *no se modificó la lesión ocular*; después regresó a su tierra y me ha escrito que sigue cada vez peor.

*Atrofia de los nervios ópticos.*—Haciendo contraste con el caso anterior, esto es demasiado elocuente acerca de la importancia del proteíno-pronóstico.—M. M., de 35 años, de Aguascalientes. Contrajo la sífilis a los 21 años, teniendo evidentes manifestaciones primarias y secundarias. En su matrimonio hubo abortos: parecen sanos sus hijos que nacieron a tiempo. A los 30 años empezó a cegar.

El oftalmoscopio descubre una atrofia de los nervios ópticos. Solo tiene percepción luminosa. *Intradermo-reacción al hemostil muy positiva*. Wasserman negativo. Se practican dos series de 10 inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio. A pesar de las *pocas esperanzas*, vuelve la vista a los dos ojos, pudiendo distinguir grandes objetos y a los 30 centímetros de distancia hasta las facciones de las personas. No se modifica el aspecto oftalmoscópico.

*Querato-iritis del ojo derecho.*—Jovencita de 18 años de edad; heredo-sifilítica, dientes de Hutchittson, sordera completa; la madre abortó ocho veces antes de que ella naciera; las antecedentes paternos son *clarísimos*: Wasserman muy positivo. En el ojo izquierdo hay una iritis *intensa* con tendencias a las sinequias y una siembra de nódulos blanquecinos en el paquerima corneal; reacción periquerática y dolores.

La *intradermo-reacción al hemostil es fuertemente positiva*: los dos primeros días se produjo una pápula dura, rodeada de una aureola rojiza; a los ocho días persistía aún la mancha roja con infiltración de la dermis. La curación se obtuvo rápidamente con neo-salvarsán y cianuro de mercurio. Después de algunos meses se mantiene la curación y una nueva *intradermo-reacción positiva* demuestra que aún persiste el estado alérgico de la enferma.

\* \* \*

Sería inútil seguir detallando observaciones individuales: bastan las señaladas para darnos cuenta de la importancia y utilidad del proteíno-pronóstico de la sífilis. Sin entrar en detalles, doy el resumen de 50 enfermos de sífilis ocular, que he podido observar durante más de un año.

Sífilis adquirida, 35; sífilis hereditaria 15. Entre los primeros, 20 padecían iritis aguda; 5, irido-ciclitis; 3, coroiditis; 2, neuritis óptica aguda; 2, queratitis intersticial, y 3, atrofia blanca del nervio óptico.

Entre los heredo-sifilíticos, los 15 (12 mujeres entre 5 y 20 años, y 3 hombres de 5, 10 y 18 años) padecían *queratitis intersticial*. De los 35 en-

fermos con lesiones oculares por sífilis adquirida: 20 presentaron una *intradermo-reacción positiva* desde la primera intradermo-inyección de 0.2 c. c. de hemostil, es decir, eran *alérgicos* y en ellos el tratamiento arseno-mercurial o arseno-bismútico fué desde luego eficaz; 10 enfermos no reaccionaron sino hasta la segunda o tercera intradermo-inyección de hemostil, es decir, eran *analérgicos*, las toxinas del treponema no habían sido suficientes para despertar las defensas, pero la proteína los sensibilizó, los volvió alérgicos, y el tratamiento, poco eficaz al principio, se volvió eficaz al fin; por último, dos de los enfermos, *no reaccionaron* después de cuatro intradermo-inyecciones: eran *analérgicos rebeldes*; el tratamiento en ellos ha tenido poca eficacia.

Entre los heredo-sifilíticos, todos con queratitis intersticial, es de notar que una enorme proporción (13) no reaccionaron a la primera intradermo-inyección de hemostil; solamente dos dieron una intradermo-reacción positiva desde luego.

De los 13 *analérgicos* al empezar al tratamiento, 10 se volvieron *alérgicos* desde la segunda o tercera intradermo-reacción, y su queratitis evolucionó en dos o tres meses favorablemente, quedando córneas transparentes; los otros tres solo reaccionaron positivamente a la quinta intradermo-inyección de hemostil; no lográndose un aclaramiento de las córneas en 5 o 6 meses. Dos de los heredo-sifilíticos fueron *analérgicos irreductibles*, no reaccionaron al tratamiento: uno de ellos, jovencita de 12 años, ha sufrido varios ataques de queratitis intersticial muy prolongada, en uno de los cuales se formó una goma corneal que se ulceró; cuando conocí los trabajos de Dujardin y Decamps usé la intradermo-reacción que fué siempre negativa. Actualmente tiene 20 años, sus córneas están transparentes, pero conserva la cicatriz de la goma.

La otra, tuvo una queratitis intersticial que tardó casi un año en desaparecer incompletamente, pues quedaron infiltraciones parenquimatosas en algunos puntos de la córnea.

Llama la atención que *todos los enfermos de queratitis intersticial heredo-sifilitica* hayan presentado una *primera intradermo-reacción negativa*. Cabe sospechar que los enfermitos pasan por un período de *analergia* y que por ese motivo, estalla en ellos la queratitis intersticial que, — a pesar de ser ellos heredo-sifilíticos desde antes de nacer — no se había desarrollado antes.

Nuevas observaciones determinarán si se confirma o no esta sospecha, y nuevas investigaciones llegarán a determinar si, en sifilíticos cuya infección permanece latente por ser alérgicos, se presentan manifestaciones en períodos de *analergia*.

Porque es un hecho comprobado, que la alergia o la analergia *no duran*

por toda la vida; sino que, la *analgía* es, por fortuna, frecuentemente *reductible*; y la *alergía* — que en casos de infección sifilítica, asegura su benignidad y favorece en curación — puede llegar a perderse.

Debo manifestar que en mis enfermos, no han sido paralelas las reacciones de Wasserman y la intradermo-reacción al hemostil.

Sin embargo, he sacado de los hechos estas enseñanzas;

1ª—Enfermos con Wasserman *positivo*, e intradermo-reacción al hemostil *positiva también*, es decir, *alérgicos*, ven volverse *negativo* el Wasserman bajo la influencia del tratamiento.

2ª—En enfermos con manifestaciones clínicas oculares, (son los que yo observo), pero con Wasserman e intradermo-reacción *negativos*, es decir, *analérgicos*, si las *repetidas intradermo-inyecciones* de hemostil los vuelve *alérgicos*, el Wasserman se vuelve *positivo*, pero luego el tratamiento logra *negativarlo*.

3ª—Hay enfermos con reacciones serológicas *negativas*, pero con intradermo-reacción *positiva* y con manifestaciones clínicas en los cuales el tratamiento no modifica el estado humoral, pero sí hace desaparecer las manifestaciones sifilíticas.

\* \* \*

Es preciso que la inyección de hemostil se practique en plena dermis, con una aguja delgada: el líquido infiltrado, al distender la dermis, debe formar una pápula blanquecina como de un centímetro de diámetro.

Si la inyección no se hace *intradérmica*, sino *subdérmica* y, con mayor razón, si se hace plenamente *subcutánea*, la reacción local *no se produce* y podrá tomarse como *negativa*, no siendo así; pues con una *inyección intradérmica bien practicada* en el mismo enfermo, obtendremos fácilmente una *reacción positiva*. Además, la *inyección subcutánea* de tan pequeña dosis de hemostil parece no sensibilizar al enfermo. Indudablemente que la dermis tiene una función especial que permite que sus reacciones locales repercutan en todo el organismo, sensibilizándolo, haciéndolo reaccionar tanto frente a la substancia inyectada como contra productos bacterianos específicos, como sucede en la sífilis, aunque no únicamente en ella.

JOSE DE JESUS GONZALEZ.

### Comentarios al Trabajo del doctor José de J. González

El Doctor González Guzmán comenta el estudio del doctor González, diciendo que está en muchos puntos en contradicción con todos nuestros conocimientos recientes sobre la materia de que trata, por lo cual quiere

permitirse algunas observaciones desde el punto de vista teórico. Afirma que desde luego la terminología es criticable y cita el caso concreto de que no debe usarse la palabra *analgia*, sino la de *anergia* y sostiene que lo relativo a las alergias es también inaceptable en la forma que lo presenta y además dice que el doctor González, de acuerdo los A. A. por él citados, se supone que los anticuerpos existen en el organismo, que son sustancias que se fabrican; las ideas actuales no admiten la existencia de anticuerpos sino como propiedades que se desarrollan en los coloides humorales, y en esta forma ya no se consideran como si se tratara de sustancias nuevas, sino de propiedades nuevas. Continúa diciendo que parece también que al doctor González le pasa desapercibido que sean positivas algunas reacciones intradérmicas al hemostil (1) y dice ser sabido que si la primera no da resultado, éste se obtiene de manera segura en la tercera o la cuarta, mediante el empleo del suero de caballo. Sostiene también que el doctor González señala relaciones muy extrañas sobre la anafilaxis y la inmunidad y señala que hay todavía en el trabajo algunas contradicciones francas, como son la existencia de algunos enfermos en los cuales ha obtenido intradermoreacciones positivas y reacciones W. negativas y viceversa, y eso estaría en contradicción con el principio de su trabajo. El doctor González Guzmán concluye repitiendo que, sin entrar al terreno clínico, que solo se discute con la clínica, sino solamente desde el punto de vista teórico encuentra estas ideas inaceptables.

Dr. Cicero.—Que encuentra muy sensato este trabajo de un hombre de empeño, observador y de ciencia, cuya reputación es muy buena aunque pueda cometer algunos errores desde el punto de vista teórico; afirma que él tampoco acepta el que esa inmunidad explique el por qué los enfermos mejoran cuando la reacción llega a hacerse positiva, pero sí juzga que los casos citados por el autor, prueban que hay un recurso a que puede y debe uno acogerse en los casos que son rebeldes a los medios actuales de tratamiento. Continúa diciendo que aun cuando es verdad que el yoduro de sodio por inyección intravenosa es un progreso, no por eso no debemos descuidar el empleo del yoduro de potasio por vía oral en dosis convenientes; porque hay que considerar que es muy común que se le emplee en dosis insuficientes; pero que en las dosis que Fournier recomendaba, de 6 y 8 gramos, da magníficos resultados. Continúa refiriendo que ya en los tiempos en que estuvo en boga el uso del yoduro, se llegó a usar hasta en dosis de 40 gramos, pero observándose que era enteramente inútil y que lo que no se obtenía con 6 a 8 gramos no se conseguía de ningún modo. Añade que no se ha señalado que este medicamento tenga acción como preventivo de

---

(1) Después de inyecciones previas.

manifestaciones posteriores de la sífilis, por lo que *Fournier* decía, que si él llegase a verse privado del yoduro y del mercurio, se consolaría mucho más fácilmente de la pérdida del primero. Agrega que el tratamiento mixto, combinando el yoduro de potasio con algunos de los medicamentos que hoy más se emplean, da buenos resultados y resulta muy interesante instituirlo en casos serios o rebeldes. Termina diciendo que el recurso señalado por el doctor González es sencillo y fácil y, aun cuando teóricamente sea algo discutible, es evidente que sí produjo algunas modificaciones favorables en el organismo; más él no cree que sea posible emplear esto para formular un pronóstico general de la sífilis, pero sí es útil para el de las manifestaciones que se están produciendo.

**Contestación a las réplicas que se sirvieron hacer a mi trabajo sobre proteíno-pronóstico de la sífilis ocular, los distinguidos Señores Académicos González Guzmán, Brioso Vasconcelos y Cicero.**

**N**O me extraña que mi trabajo haya despertado objeciones, por tratarse en él de *un asunto en pleno estudio* y acerca del cual tardarán *muchos años* en decirse la última palabra.

Siempre he creído que a las *Academias* y a los *Congresos* deben llevarse trabajos en los que se trate de *verdades en formación*, permitiéndme que lo exprese así, y no de *verdades plenamente conquistadas*.

En uno de mis estudios escribía yo: «Hay dos clases de ciencia: la *ciencia constituida* y la *ciencia constituyente*. La *constituida* es la ciencia de los *libros*, es la ciencia de las *verdades definitivamente adquiridas*, y descansa, sosegada y pacífica, en la posesión de sus conquistas. La *ciencia constituyente*, batalladora e inquieta, es la ciencia de los *Congresos*, de las *Revistas*, de las *Academias*». Esta ciencia presenta *verdades incompletas*, para que sean completadas por la discusión y — más que por ella — por la *observación y la experimentación* de más competentes investigadores.

No me arrepiento por todo esto, de haber llevado a esa Honorable Academia, el estudio de *una verdad en formación*.

Dice el muy ilustre biólogo *Dr. González Guzmán* que la *terminología* que yo empleo es *criticable*. Ruego al distinguido Académico que se sirva leer los trabajos de los investigadores *Belgas*, doctores *Dujardin* y *Decamps*, y del ilustre sifilógrafo francés profesor *Gougerot* (en los cuales estudios fundó el mío, como lo digo en mi trabajo) y encontrará en ellos la *misma terminología que yo empleo*. Siempre he pensado que, en ciencia, es indispensable dar más valor a las *ideas* que a las *palabras*, y también siempre

he tenido la costumbre de *no alterar* la terminología aceptada, para evitar, al que me lea, trabajos y confusiones; pues me ha acontecido leer trabajos estimabilísimos, sin duda, pero *ininteligibles* para los que no están al corriente del léxico del autor, distinto del vocabulario común y corriente en la misma rama de la ciencia.

Creo que es honrado, cuando se citan las ideas de otro, usar sus mismos términos, para no exponerse a desfigurar esas ideas. Es lo que yo he hecho en la parte preliminar de mi trabajo, acerca del cual dice el doctor González Guzman: «Juzgo, en resumen, que, sin tocar el punto de vista *clínico*, sino el *teórico*, encuentro inaceptables las ideas expresadas en el trabajo.» Considero lamentable que el doctor González Guzmán *no toque el punto de vista clínico que es el que me pertenece*, y solo exprese que, *para él*, las ideas directoras de mis investigaciones clínicas, ideas que no son mías, sino de los autores citados, sean inaceptables. Creo pertinente observar que, en esa parte, se encuentran hipótesis que sólo deben ser o destruídas, o reafirmadas en sus cimientos, *no a priori*, sino con hechos; y se encuentran también hechos que deben ser verificados, que es a lo que invita el profesor Gougerot y es lo que yo he intentado hacer con mis escasos medios de trabajo; pero poniendo toda mi buena voluntad y mi conciencia. Adelante contestaré otras apreciaciones del doctor Guzmán.

Contesto ahora a mi distinguido amigo el notable sífilógrafo doctor Brioso Vasconcelos, agradeciendo, ante todo, sus bondadosas apreciaciones sobre mi trabajo y sobre mi persona; apreciaciones generosas que indudablemente sirven de estímulo a los que, con escasos medios, trabajamos en provincia.

Observa el doctor Brioso Vasconcelos que es lamentable no se diga en qué estadística apoya Gougerot sus conclusiones. Tiene razón el señor doctor y voy a subsanar esta deficiencia copiando los siguientes párrafos de uno de los trabajos del citado autor. (Monde Medical, enero 1º de 1928); «Después de haber practicado un millar de intradermo-reacciones con el *hemostyl*, con leche de vaca y hasta con tuberculina, Dujardin y Decamps han podido ver que los progresos de las sensibilizaciones del organismo para con un antígeno (cuerpos extraños, microbios o toxinas) eran superponibles cualquiera que fuese el antígeno empleado, demostrando así que las hetero-alergias o alergias no específicas parecían ligadas entre sí, produciendo paralelamente la sensibilización específica. Tanto desde el punto de vista del pronóstico como del tratamiento, dividen, pues, los enfermos en dos clases: según las capacidades generales de sensibilización:

«a) Individuos con gran capacidad alérgica (sífilis de evolución favorable):

«b) Individuos sin esta capacidad (sífilis analérgicas o graves)».

Refiriéndose a sus propias investigaciones, dice el profesor Gougerot: «En nuestro servicio del Hospital de San Antonio, hemos estudiado desde este punto de vista diagnóstico y pronóstico una serie de 60 individuos tomados al azar. De ellos, 55 fueron sometidos a diferentes intradermo-reacciones y la proporción viene a ser la siguiente: 13 presentaron desde el principio una *intradermo-reacción local evidente* (mácula, pápula, acompañada de rubicundez más o menos acentuada). Erán enfermos de sífilis primaria o secundaria, con reacción de B. W. positiva, en quienes los tratamientos han vencido fácilmente los accidentes clínicos y humorales, hasta conseguir que la reacción sea negativa; en un solo caso tratábase de una sífilis grave desde un principio» (relata el caso). «Treinta y siete individuos presentaron una primera intradermo-reacción *completamente negativa*. La pequeña ampolla prominente y dura que contiene el suero (Hemostyl) inyectado, se reabsorbió en pocos minutos y, todo lo más, después de dos horas. En el punto de la inyección no se ve más que la simple picadura de la aguja; ninguna reacción local; ausencia de rubicundez». En cambio, la *segunda inyección*, practicada ocho días después, fué muy positiva en doce casos y menos positiva en diez. Se trataba de sífilis antiguas, en las que se revela un estímulo alérgico en organismos primeramente insensibles. «Finalmente, *en cinco casos* las inyecciones repetidas varias veces no produjeron ninguna reacción local. (Trátase, pues, de analérgia definitiva, de organismos insensibles». (Cita en detalle las cinco observaciones.)

«Es de observar, agrega Gougerot, que en estos cinco enfermos analérgicos que continuaron en este estado a pesar de las inyecciones repetidas de *Hemostyl*, unos tenían un B. W. negativo, en otros el B. W. era irreductible».

«Es pues, imposible establecer una concordancia entre la *intradermo-reacción y el B. W.*» (Gougerot)

Queda con esto contestada también la observación que hizo el doctor González Guzmán, referente a que cree encontrar contradicciones en mi trabajo, «al citar en él, casos de reacciones al hemostyl, positivas, o negativas, que no concuerdan con el resultado del Wassermann».

Mi trabajo señala los hechos clínicos, tal como se presentan; son semejantes a los de Gougerot. La contradicción debe ser aparente; la naturaleza no se contradice; solo que nosotros creemos — por nuestra ignorancia de todos los factores que entran en los resultados que observamos — encontrar una contradicción que no existe.

Tengo la honra de manifestar al señor doctor Brioso Vasconcelos que he practicado la *intradermo-reacción* al Hemostyl en centenares de casos; pero que, en mi trabajo, únicamente tengo en cuenta cincuenta enfermos que he podido observar por más de un año, algunos de ellos por tres años;

pues enfermos que observamos por menos tiempo *no pueden servirnos para el estudio de que se trata.*

Para el distinguido dermatólogo *doctor Cicero*, tengo las mismas frases de agradecimiento que dirigí al señor doctor Briosó Vasconcelos. Con su buen juicio clínico, manifiesta que debe ensayarse el sencillo y nada peligroso medio ensayado por los doctores belgas y divulgado por Gougerot. Dada la enorme práctica del doctor Cicero y de su competencia indiscutible en sifilografía, los resultados que él obtenga nos darán mucha luz en este punto a discusión, a dilucidar el cual he puesto y seguiré poniendo todo mi esfuerzo. Yo aseguro que los clínicos que adopten la *protéina-intradermo reacción* para averiguar y aun despertar las defensas de sus enfermos sífilíticos *nunca tendrán de qué arrepentirse*, por oscuros que sean aun los fundamentos *teóricos* de esa práctica.

JOSE DE JESUS GONZALEZ.