

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

#

FRECUENCIA DE LA SÍFILIS

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

EN LAS



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

AFECCIONES OCULARES

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CARLOS DURAN R.

(INTERNO DEL HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL)



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MEMORIA DE PRUEBA

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA I FARMACIA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA UNIVERSITARIA
DE
S. A. GARCÍA VALENZUELA

1903 Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

RECIBO
MED
1903
D9481f
c.1

FRECUENCIA DE LA SÍFILIS

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL
EN LAS

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

AFECCIONES OCULARES

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

FOF Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CARLOS DURAN R.
(INTERNO DEL HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL)

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



MEMORIA DE PRUEBA
MUSEO NACIONAL DE MEDICINA
PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN LA FACULTAD DE MEDICINA I FARMACIA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

SANTIAGO DE CHILE
IMPRENTA UNIVERSITARIA
DE
S. A. GARCÍA VALENZUELA

1903
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Santiago + Bandera, 41



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Al profesor

Dr. M. Cienfuegos

Noviembre de 1903.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



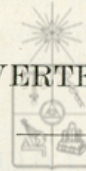
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



ADVERTENCIA Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En la etiología del estenso grupo de afecciones oculares ocupa, sin duda alguna, un lugar preferente la sífilis; en sus diversos períodos i con caracteres siempre sobresalientes, repercute sobre el órgano de la vision, en forma que obliga a todo médico investigar desde el primer instante su naturaleza, para así instituir un tratamiento que evite los desastrosos resultados a que conducirían si se abandonasen esos procesos a su propia suerte. Así, no es raro ver en los dispensarios, que jentes en quienes el sentimiento del dolor está poco desarrollado o que, por negligencia, recurren a medios caseros para combatir su mal, llegar, por ejemplo, con membrana pupilar, con un glaucoma secundario o con dejenación o atrofia ocular, consecuencias de una irítis plástica, en la cual, atendida oportunamente, se habria obtenido un halagüeño resultado.

De las otras diátesis o estados jenerales, el artritismo i la tuberculosis provocan procesos no tan desarrollados i de pronóstico ménos grave.

A demostrar con observaciones i datos la gran cantidad de enfermos que son víctimas de tan terrible mal i a hacer una descripción suscita de cada forma, van encaminadas estas páginas.

Debo dejar estampados mis sinceros agradecimientos al doctor V. VILLALON (actual ayudante de la Clínica), con quien he compartido la pesada tarea de la estadística.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



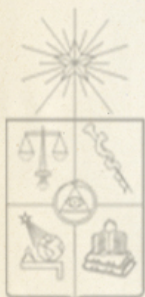
Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

CAPÍTULO PRIMERO

Sifilis

1.—CONSIDERACIONES GENERALES

La sífilis, enfermedad jeneral, crónica, contagiosa i virulenta, es trasmisible por contacto directo o indirecto o por via de herencia i confiere la inmunidad.

Hasta hace poco tiempo se creía que era esclusiva al hombre, sin embargo, METCHNIKOFF ha presentado recientemente a la Academia de Medicina de Paris i luego al Congreso Internacional de Bruselas el caso de una mona chimpancé, a la cual inoculó virus sífilítico i que presentó un chancro, infarto ganglionar i erupciones con todos los caracteres de la afeccion específica, como fué confirmado por numerosos especialistas llamados a observar la esperimentacion. Trabajos en otras especies animales han quedado negativos. Esto parece que viniera a demostrar que solo los antropoideos, es decir los mas parecidos al hombre, como son gorilla, orangutan i chimpancé fueran susceptibles de contagio.

Respecto a la causa determinante de la afeccion, se acepta hoy dia la existencia de un virus animado, con microorganismos especiales, que por su multiplicacion en el organismo sano determinarían los accidentes jenerales de la infeccion.

Numerosos investigadores se han dedicado a buscar este agente específico. De todos ellos, LUSTGARTEN i DOUTRELEPONT describen como mas constantes en los tejidos i productos de



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



eliminación primaria i secundaria uno, al cual le asignan los siguientes caracteres: bacilos mas o menos encorvados en forma de S de $3,5 \mu$ a $4,5 \mu$; con fuerte aumento se perciben sus contornos ondulados con estrangulamientos i esporas.

El método de coloración de los bacilos es un tanto largo i poco práctico, i lo mismo que sus cultivos e inoculaciones necesitan ser confirmadas por mayor número de observaciones.

El virus sifilítico tiene la particularidad de que llevado al organismo, aun en mínima cantidad, se desarrolla rápidamente. Su proliferación i los fenómenos que acompañan su desarrollo, provocan síntomas jenerales que se traducen por signos particulares de infección.

Este virus se encuentra en las manifestaciones primarias i secundarias. Algunos autores, i entre ellos RICORD, afirmaban que los productos desecados de la lesión inicial era la única fuente de origen del virus; pero trabajos posteriores como los de WALLER, LINDWURM, PELLIZZARI, que han inoculado sangre de sifilíticos en pleno período secundario i otros productos de secreción de este mismo período, ponen evidencia en que todas las manifestaciones secundarias son tambien fuentes de origen del virus. Las producciones terciarias gomosas no contienen virus i no son contagiosas, como lo prueban las inoculaciones de líquido secretado de gomas, periostitis, etc., etc., cuyos resultados han sido siempre negativos.

Las secreciones fisiológicas al estado de pureza no son contagiosas; pero sí lo son cuando, al atravesar diferentes tejidos para llegar al exterior, se encuentran con manifestaciones específicas.

La sífilis, como la mayor parte de las enfermedades infecciosas, no puede ser adquirida sino una sola vez. Es excesivamente raro comprobar una reinfección, es decir, tratándose de un individuo que haya atravesado todas las fases de la evolución de la enfermedad. Indudablemente que toda infección nueva tiene necesariamente que ser seguida de síntomas jenerales para ser tomada como tal.



La inmunidad puede ser adquirida de tres maneras:

1.º Por una infección sifilítica; 2.º por la herencia.

No es raro ver niños atacados de sífilis hereditaria que no han podido ser infectados, i algo mas curioso es observar niños, hijos de padres sifilíticos, sin tener jamás ninguna manifestación i que presenta la mas absoluta inmunidad. En algunos casos la inmunidad es completa: el niño es refractario a toda infección sifilítica, o bien es incompleta i, cuando hai infección, evoluciona la enfermedad en una forma excesivamente benigna.

En tercer lugar, se observa el caso siguiente: una madre dá a luz un hijo de un padre francamente luético; la criatura, con manifestaciones diatésicas, i, sin embargo, la madre no da el menor signo de infección.

El proceso íntimo en que se desarrolla la inmunidad, para la sífilis, no es claramente conocido, pero el estudio comparativo con diferentes enfermedades infecciosas nos enseña que la inmunidad es debida a ciertos productos que resultan del cambio de elementos mórbidos suministrados por el virus i dispersados por él en el organismo.

2.—FORMAS ADQUIRIDAS

Estas son las formas que se transmiten por contacto directo o indirecto.

En esta forma es costumbre dividir la evolución de la enfermedad en tres períodos;

1.º Período. Data desde el instante mismo de la infección hasta la primera prueba de la jeneralización de la enfermedad. Este primer período es susceptible de subdividirse en dos estadios: uno que va desde el momento del contagio hasta que aparece el primer síntoma local i otro desde que se observa la lesión inicial hasta que se desarrollan los síntomas jenerales. En este primer estadio o período de incubación, el virus no es suficientemente enérgico para atacar a todo el organismo; necesita proliferar, aumentar en número, i lo hace en razón de una progresión geométrica; i, solo cuando ha adquirido fuerza





considerable, aparecen los fenómenos locales en forma que son fácilmente apreciados por nuestros sentidos.

Ahora ¿en qué época el virus, cuya *lesion inicial* representa el primero i seguramente el principal foco de multiplicacion, abandona esta lesion para jeneralizarse en todo el organismo? Este ha sido un problema largamente discutido i cuyos resultados no son uniformes. Sin embargo, se acepta que la penetracion del virus en el organismo se hace por etapas i que es detenido en su marcha por los fenómenos que obstaculizan temporalmente su dispersion.

La lesion inicial con su infiltracion i la obturacion de los vasos linfáticos vecinos es, sin duda, una prueba de la resistencia que ofrece el organismo. Igual significacion tiene la adenopatía.

2.º *Período*, es el de la evolucion típica de la enfermedad. Comprende los exantemas sifilíticos, sus recidivas i los síntomas que los acompañan. Este período dura 2 a 3 años.

3.º *Período*. Viene muchos años despues. Es el período de las gomias, ruptura de las arterias, etc., etc.

Algunos autores describen un cuarto período de caquexia sifilítica caracterizado por la degeneracion amiloidea i grasa de los órganos, pero estas degeneraciones no tienen nada de propio a la infeccion específica.

Primer Período

La infeccion se produce solamente donde el epitelio falta, aquí donde las papilas denudadas constituyen un campo favorable de proliferacion al virus. Para la infeccion no se necesita otro factor que éstos: virus i solucion de continuidad de la piel o mucosas; en otra forma no es posible.

El sitio de las manifestaciones primaria i secundaria son principalmente los órganos jenitales, el ano, la boca, la garganta, etc., etc. Son innumerables los casos que se describen de chancros en sitios al parecer estraños a este proceso. Su sola enumeracion me ocuparia largas pájinas. Siempre en estos casos el contagio se hace por *contacto directo*, o en otros términos, la lesion infectante se aplica directamente sobre la solucion de continuidad del otro ser; pero hai casos de contagio *indirecto*, es decir, el virus sifilítico bajo forma de pus o de elementos desecados, se pone en contacto con un objeto cualquiera i se fija. El contacto de este objeto con un punto lesionado de un organismo sano puede producir la infeccion. Hechos de esta especie se citan por cientos.

Cualquiera que sea la via de contagio, llega al punto infectado una cierta cantidad de microorganismos, representando el virus e íntimamente unidos a los productos desecados de las *esflorencias* en las cuales estan suspendidos mecánicamente. Esta cantidad de microorganismos no es de ninguna manera suficiente para producir los síntomas jenerales, pero encontrándose en condiciones mui favorables para su existencia o desarrollo, se multiplican con rapidez i adquieren tal energía, que el organismo cede i da lugar a la aparicion de los primeros síntomas. Es esto lo que se llama período de incubacion i que dura regularmente de 15 dias a 3 semanas.

Antes de citar las lesiones iniciales mas o ménos típicas, debemos decir que no siempre se las encuentra, i en muchos casos no presentan nada de característico: una simple erosion, una pequeña escoriacion i, en algunos casos, no se observa el





menor cambio en el punto de infección. Esta forma es la llamada *sífilis d'emblée* o lo que es lo mismo, es aquella sífilis en la que la lesión inicial se escapa al más minucioso examen, no queda la menor manifestación aparente, pero en ningún caso ha dejado de existir.

Trascurrido el período de incubación de la enfermedad, es decir, después de 15 días a 3 semanas después de la infección, aparece regularmente *la lesión inicial o chancro indurado o de HUNTER. Esclerosis, induración.*

El chancro se produce en cualquier punto del tegumento cutáneo o mucoso donde una solución de continuidad, por pequeña que sea, ha permitido la inoculación. El chancro sífilítico no proviene sino de otro de la misma especie, pero no se entienda por esto que hay necesidad que sea originado por otro chancro, sino que puede serlo por cualquiera manifestación de lúes secundaria. El chancro se inicia por una mancha simplemente eritematosa o por una eminencia pápulo-tuberosa que al fin de 10 a 15 días se erodea o se ulcera. Este modo de principiar lo distingue desde luego del chancro blando, que se inicia por una pústula característica, i del herpes, que lo hace por una vesícula típica.

Al cabo de varios días llega el chancro a su período de estado i vemos que está constituido por una erosión o ulceración con caracteres muy especiales: base indurada, configuración regular simétrica, superficie plana, a menudo levantada, a veces deprimida, su fondo de color variado, bordes no desgarrados, secreción poco abundante i poco doloroso. Al mismo tiempo se desarrolla en los tejidos peri-chancrosos un proceso de infiltración, un edema, que no es sino la propagación lenta i progresiva de la proliferación celular que ha constituido el chancro. Este es un edema más bien duro, pálido escleroso i más o menos desarrollado, según la riqueza en tejido conjuntivo laxo.

Una vez alcanzadas estas dimensiones máximas, el chancro queda por algunos días estacionario i después entra en regre-



sión. El primer fenómeno que marca esta reparación es el cambio de color: toma un aspecto francamente rojo como una herida en buenas condiciones, el mamelonamiento se inicia i la cicatrización se hace con rapidez si se une a todo esto un tratamiento local conveniente. A veces esta cicatrización es lenta i se retarda hasta la aparición de los primeros síntomas secundarios. La cicatriz del chancro tiene el aspecto de una película de color rojo oscuro, que gradualmente pasa al lívido bronceado i puede desaparecer al fin de un tiempo más o menos largo o persiste indefinidamente.

Cuando el chancro ha sido ulceroso, queda una cicatriz retráctil análoga a la que produce una quemadura de tercer grado. Esta es la forma como generalmente termina el chancro, pero hay casos en que prolifera i se transforma en condilomas o bien en placa mucosa.

Todo sífiloma inicial presenta entre sus elementos constitutivos esenciales, una adenitis especial que está en relación anatómica con el chancro. Esta linfo-adenopatía es de regla absoluta en el chancro infectante, cualquiera que sea su sitio i forma. Se desarrolla en la 1.^a i 2.^a semanas después que ha aparecido la lesión inicial; rara vez más tarde. Tienen por caracteres ser indolentes i evolucionar sin reacción inflamatoria apreciable; son duros, sin adherencias con los tejidos vecinos.

En estas pléyades ganglionares, siempre hay uno que sobresale entre los demás, que son pequeños.

Las modalidades objetivas que puede presentar el chancro son numerosas. Se le clasifica *según el aspecto*, en erosivo, plano, papuloso, fisural; *según el sitio*, en genital i extra-genital, que difiere también según los sexos, i todavía se le clasifica *según las complicaciones*, en chancro inflamado, difteroido, fajedénico, gangrenoso, misto, etc., etc.

En cuanto a deducir la evolución posterior de la sífilis, basándose en los caracteres del sífiloma, no hay nada cierto. Se afirma a veces que una sífilis será benigna cuando el chancro ha tenido un período de incubación corto, cuando es genital,





situado en la piel, es poco estenso, poco profundo, etc., etc., etc., pero todo ésto no tiene sino un valor mui relativo.

Segundo Período

Entre la aparición del chancro i la de los primeros accidentes que indican la jeneralizacion de la enfermedad, transcurre casi siempre un período de silencio cuya duracion media es de seis semanas a dos meses; jeneralmente cuarenta i cinco dias. Muchas veces el chancro no ha curado cuando ya aparecen estos accidentes.

Durante este período de silencio, algunos fenómenos jenerales insignificantes perturban la salud de los enfermos. Se quejan de cefaleas lijeras, laxitud, dolores reumáticos, cierta depresion moral, cardialjias, etc., etc., a las cuales no se puede dar ningun valor.

El principio de este período se hace en formas variadas. Ya los accidentes jenerales son poco intensos i las manifestaciones locales son discretas i fugaces; o bien, reviste caracteres que sorprenden i alarman a los enfermos como son las *aljiás* (cefalea i otras). Los accidentes locales de la piel i mucosas son abundantes i múltiples.

Un carácter esencial de estas manifestaciones secundarias es ser múltiples, difusas: es decir, interesan un gran número de sistemas orgánicos i en una gran estension, al paso que las manifestaciones llamadas terciarias interesan regularmente un solo sistema i en una estension reducida.

En un sinnúmero de casos, los primeros accidentes pasan inadvertidos, sobre todo cuando el chancro ha sido pequeño i extra-jenital, por ejemplo, i no ha preocupado la atencion del paciente, en quien, apesar de la buena fe con que conteste un interrogatorio, no es fácil descubrir estas manifestaciones por la sola anamnésis.

La division de la sífilis en períodos es mui antigua; pero ésta parece estar basada solo en relacion con el tiempo i es por lo demas mui artificial. Así, es frecuente ver individuos

que presentan placas mucosas cuatro o diez años despues del accidente inicial, i otros, por la inversa, que presentan gomas, erupciones úlcero-gomosas o accidentes oculares graves un mes despues de aparecido el chancro, es decir, en el tiempo en que se desarrolla el período secundario. En fin, se puede encontrar reunido en una misma época en un individuo, lesiones de estas dos especies, cosa que se ve en la lues hereditaria.

Pero hai un carácter particular en las manifestaciones sifiliticas que es preciso reconocer. Los accidentes llamados secundarios tienen una marcada tendencia regresiva i resolutive, curan ya espontáneamente o con un tratamiento hijiénico, miéntras que las manifestaciones terciarias siguen una marcha destructora, atacan profundamente los tejidos i los órganos, no desaparecen sin dejar cicatrices notables i son de larga duracion.

Un hecho importante de notar bajo el punto de vista práctico, es la virulencia i la contagiosidad de las lesiones secundarias i la no contagiosidad de las manifestaciones terciarias.

Las lesiones del período secundario determinan una proliferacion celular aunque débil, del tejido conjuntivo, preferentemente sobre el dérmis de la piel i mucosas, i al mismo tiempo una hipertrofia considerable de las células adyacentes. Es lo que se comprueba sobre las mucosas, en los vasos i en los huesos.

En los vasos esta hipertrofia va sobre la túnica interna i se desarrolla la endarteritis obliterante que secundariamente puede acompañarse de lesiones gravísimas.

La forma comun i corriente de las manifestaciones secundarias es la siguiente: sobre el tronco, los brazos, muslos, etc. aparece una erupcion de máculas conjestivas numerosas, difusas que, a veces, toman el aspecto papuloso, sobre todo, en el bajo vientre i ante-brazo. Es esta *la roseola sifilitica* de color variado, unas veces rosada, otras de un color cobrizo o ajamorado, es tal la variedad, que la piel toma el aspecto jaspeado. Su desarrollo es gradual i ascendiendo en los diez primeros dias, alcanza el tamaño de una moneda de 50 centímetros





i dura tres o cuatro semanas. Recidiva a veces un año o dos despues.

Alrededor de las alas de la nariz, sobre la frente, la nuca, se encuentran algunas pápulas recubiertas de costras. En la palma de la mano i en la planta de los pies se ven pequeños discos maculosos o papulosos a cuyo nivel la piel se descama i cae. La caída del pelo se hace en forma característica; se cae principalmente en las partes laterales del cráneo en zonas mas o ménos pequeñas i numerosas: se la llama alopecia raleada, tiene la particularidad que el pelo sale nuevamente, sobre todo si se opone el tratamiento específico.

Al lado de las erupciones cutáneas de aspecto variado, se observa en las mucosas de los labios, boca, amígdalas, velo del paladar, etc., etc., lesiones húmedas llamadas *placas mucosas*; accidente importantísimo de conocer. No faltan casi nunca en un sifilítico, aparecen desde que se inicia el período secundario, son de duracion larga, recidivan con mas frecuencia que las sifíldes cutáneas i son una fuente poderosa de contagio. Las formas clínicas son variadas: erosivas, opalinas, pápulo erosivas, difteroides, condilomatosas, etc.; pero tienen todas un carácter comun, cual es su tendencia a la resolución.

Respecto al sitio en que se desarrollan, es ya en las mucosas o ya en los límites de la mucosa con la piel i se las denomina dermo-mucosas.

Las placas mucosas propiamente tales lo hacen en aquellas rejiones que poseen un dérmis papilar abundante i que las recubre un epitelio pavimentoso; jamas se las ha observado sobre la mucosa del estómago, p. ej., que tiene epitelio cilíndrico ni sobre la mucosa de la uretra que posee un dérmis escaso.

La segunda forma se manifiesta en aquellos puntos que, como ya se ha dicho, son de transición entre piel i mucosas (márjen del ano, periné) o en aquellos puntos de la piel que toman condiciones semejantes a las mucosas por circunstancias especiales, p. ej., por la finura de la piel, la humedad

constante, o por ser dos superficies unidas como pasa en los obesos.

Se agrega a esto adenopatías múltiples en puntos variados: cuello, epitróclea, axilas, etc., independientes del sitio de la lesion.

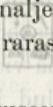
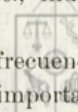
Se observan con alguna frecuencia las *aljiás*, de naturaleza, sitio e intensidad diversos, importantes de conocer, las formas mas comunes son las cefalaljas, artraljas, periostaljas i muchas otras que tienen como atributo jenérico ser mas acentuadas con el calor del lecho. De ahí que los enfermos despiertan en las primeras horas de la mañana por sus dolores que, por otra parte, desaparecen en el curso del dia.

Como un complemento de este cuadro se observan los fenómenos jenerales que hacen aparecer a los enfermos como neurasténicos, hipocondríacos, anémicos i algunas veces hai fiebre que podría simular lijero estado tifoideo. En la anemia sifilítica se observa una disminucion en el número de glóbulos rojos, una disminucion en la cantidad de hemoglobina i un lijero aumento de los glóbulos blancos.

La fiebre sifilítica reviste tres tipos: el intermitente, o mas comun, tipo remitente i el tipo continuo; esta es una forma que es preciso recordar porque si al alza térmica se agregan fenómenos asténicos es fácil tomar la afección por un estado tifoideo.

Los fenómenos nerviosos los hemos dado a conocer aunque en forma dispersa; son principalmente: cefáleas frontales u occipitales de intensidad variable sin relacion alguna con lesiones óseas o menínjeas. El insomnio es frecuente en las mujeres, sin causa apreciable. Los dolores, las analjesias, las parálisis, las crisis histéricas i epilépticas, aunque raras estas últimas, se han observado en algunos casos.

Todos los tejidos de la economía son susceptibles de ser atacados por la lúes en el período secundario i en la forma que hemos ya indicado al hablar de los caracteres propios de este período; en todos ellos repercute con caracteres especiales, lo que hace necesario describirlos por separados.





Los accidentes terciarios están léjos de ser una consecuencia forsoza de la infeccion sifilítica, faltan a menudo i la enfermedad evoluciona con solo las manifestaciones ya descritas.

La época de su aparicion es variable, alcanza, jeneralmente, su máximun en el tercer año de la infeccion, despues decrece i no es raro observar accidentes de esta especie 40 o 50 años mas tarde.

Sin embargo, hai un gran número de causas que parecen influir en su desarrollo con mas o ménos enerjía.

Estas causas de órden diverso pueden ser agrupadas en tres:

1.º Causas que dependen de la enfermedad misma.

Aunque esto parece inexplicable, hai un considerable número de casos que lo prueban. Positivamente hai sífilis malignas que nacen así i se perpetúan en esa forma, apesar de que son tratadas con enerjía desde un principio i aunque este tratamiento se haya continuado por algun tiempo, no por eso dejan de evolucionar con una série no interrumpida de síntomas graves terciarios.

Por la inversa, hai sífilis que nacen i quedan benignas aun cuando no se las atiende. La causa de esto no es conocida, i como en estos casos se han podido eliminar todas las otras condiciones que mas adelante indicaremos se piensa que es atribuible solo a la enfermedad misma.

2.º Causas estrañas a la enfermedad.

Se refieren a condiciones particulares del paciente: la edad, las manifestaciones terciarias son mas frecuentes en los estremos opuestos de la vida, la vejez i la infancia; las condiciones defectuosas de salud, los estados anémicos, linfáticos, caquécticos, escrófulo-tuberculosos, suministran un continjente valioso para los fenómenos terciarios; la herencia patológica constituye una real predisposicion al terciarismo, principalmente la herencia nerviosa.



Son interesantes los casos que se señalan como nerviosos-hereditarios, víctima de manifestaciones terciarias nerviosas: sífilis cerebro-espinal, parálisis jeneral etc. etc.

Influencian tambien este período: el alcoholismo, el paludismo i los debilitamientos, tanto físicos, intelectuales como venéreos. Algunos accidentes locales como los traumáticos, contribuyen al desarrollo de gomas i otras manifestaciones por el hecho de crear un *locis minoris resistentie*.

3.º El tercer grupo de causas, que se llaman tambien la gran causa del terciarismo, es la ausencia o insuficiencia del tratamiento. Analizado este hecho en detalles, se descubre que gran número de sifilíticos que llegan a este período, apesar de su buena salud, buena hijiene, sin antecedente de ninguna clase i aun sin provocacion local, han descuidado en hecho defectuosamente el tratamiento en sus principios. No se puede deducir de aquí que el tratamiento sea una garantía absoluta contra esta clase de manifestaciones, pero, a lo ménos, es un elemento de defensa poderoso en la mayoría de los casos.

Como en las manifestaciones secundarias, hai para este período una serie de caracteres que le son propios.

Por lo jeneral, las manifestaciones terciarias se desarrollan en un estado de salud perfecta, que es interrumpido por accidentes indeterminados o por esplosiones bruscas. No hai tejido orgánico que no sea atacado, todo el cuerpo está bajo su dominio, de aquí que se presenten bajo múltiples i variados aspectos en relación con el sitio i con la calidad funcional del órgano afectado. Pero, de todos los tejidos o sistemas orgánicos es el nervioso el que es mas frecuentemente el sitio de estos accidentes, ocupando el primer lugar el cerebro.

Sucede con este período que sus manifestaciones no son simultáneas, es decir, no aparecen a la vez en distintos sitios, sino que se limita a uno solo. Es indudable que si se trata de formas malignas, este carácter se encuentra modificado.

Al revés de las manifestaciones secundarias que solo se limitan a la superficie de los órganos i que tienen tendencias a la





resolucion espontánea, los accidentes terciarios afectan profundamente i en todo su espesor el parenquima de los órganos i se termina ya por *esclerósis*, aprisionando todos los elementos nobles del órgano, o ya por la desorganizacion, produciendo una necrósis especial i típica: *el goma*, que es, por excelencia la lesion terciaria.

Estos gomas se presentan, o bien, bajo la forma de tumores bien limitados, circunscritos i de tamaño variable, o bien en forma de infiltraciones difusas sin límites netos i que se llaman por eso infiltraciones gomosas. Son producciones organizadas, que, apesar de su naturaleza específica, no ofrecen al examen histológico ningun elemento especial. Se observa únicamente un conglomerado de células, sustancia intercelular amorfa i finamente granulosa, fibras elásticas, fibras de tejido conjuntivo i algunos elementos vasculares. Por lo que se ve, el goma no es otra que una neoplasia celular pura i simple. Posiblemente cuando el agente específico haya sido encontrado, vendrá a agregarse a éste un elemento capital i típico; por ahora lo que caracteriza esta produccion es su tendencia a la desorganizacion por necrósis, que trae una muerte fatal i rápida de los tejidos.

3.—FORMAS HEREDITARIAS

Hemos dicho, definiendo la sífilis, que puede ser trasmitida por contacto directo o indirecto o por via de herencia. La primera es la sífilis adquirida que ya hemos bosquejado; la segunda es la hereditaria cuya esposicion sucinta vamos a hacer.

Infeccion.—Un hecho llama desde luego la atencion: la ausencia de lesion inicial i de infarto poliganglionar; por lo demas, la evolucion de la enfermedad es igual a la forma adquirida i se distingue tambien un período secundario i un período terciario.

Por lo que hace al modo de trasmision del contajio, se ha discutido mucho. Antiguamente se creia que el organismo



entero de todo individuo atacado de una enfermedad infecciosa, como la sífilis, p. ej. estaba impregnado, infiltrado por la enfermedad hasta en sus últimas células i así se hablaba de óvulo sífilítico, de esperma sífilítico, en que cada espermatozoide era tambien sífilítico; en consecuencia estos organismos no podian producir nada que no llevara el sello de la terrible afeccion.

Hoi dia se sabe que en las enfermedades infecciosas no se trata de una impregnacion por el virus sino de una distribucion mecánica de éste en el organismo. Sus células no son por lo tanto contajiosas mientras no contengan mezclado mecánicamente el virus. El óvulo i el esperma de personas sífilíticas puede trasmitir directamente la sífilis si el virus específico está mezclado íntimamente. Además, se sabe que el medio bio-químico del organismo en el cual se desarrolla el parásito de la lúes, se encuentra alterado i naturalmente sus células pueden sufrir modificaciones bio-químicas; el óvulo i el esperma así modificado pueden influenciar el organismo fetal naciente si a esto se agrega que encierre virus agregado mecánicamente. Este virus prolifera en el nuevo ser i se localiza en ciertos puntos, como lo hace la lúes adquirida, i da lugar a los sintomas jenerales de la infeccion.

Por otra parte, las alteraciones bio-químicas del esperma o del óvulo, debidas a la sífilis, pueden dar lugar en el organismo fetal a perturbaciones de la nutricion i desarrollo que se aumentan por la presencia de ptomainas que se forman en el feto bajo la influencia de la proliferacion del virus, de tal suerte que a este proceso se agrega un elemento tóxico de naturaleza nociva para la nutricion fetal.

Una cuestion importante de saber es la participacion que corresponde a cada uno de los padres en la trasmision por herencia de la sífilis. Cuando ambos padres son sífilíticos en el momento de la concepcion, la cosa es clara, la influencia se combina i la accion nociva será mas intensa. Esta forma de herencia mista tiene segun FOURNIER una morbilidad de 92% i una mortalidad de 68,5%.





Si la madre es solamente atacada de sífilis, ésta se puede transmitir al feto por herencia i además como la madre ejerce influencia sobre la salud del niño no solo en el momento de la concepcion, sino durante todo el embarazo, pueden presentarse dos casos: o bien la madre es sífilítica en el momento de la concepcion o bien es infectada durante el embarazo. En el primer caso, el virus puede pasar con el óvulo mismo o algun tiempo despues por la placenta i el feto es netamente sífilítico, o no hai ninguna trasmision directa i el feto parece completamente sano; pero, como ha sido alimentado con materiales cargados de toxinas sífilíticas se presentan las perturbaciones de nutricion en forma variada. En el segundo caso, es decir, cuando la infeccion se hace durante el embarazo, se observa como en el caso anterior que la nutricion del feto se hace con materiales ya viciados i, por consiguiente, será ésta la que mas se resienta.

En estos dos casos las toxinas sífilíticas, pasando de la madre al feto a traves de la circulacion placentaria, tienen una accion inmunizante sobre el último. Así, se observa que niños sanos de padres lúéticos presentan vis a vis de la sífilis una inmunidad que es absoluta o que se traduce por una marcha mui corta i benigna de la adquirida.

Esta sífilis puramente materna es ménos grave que la forma mista. FOURNIER le da un 84% de morbilidad i un 60% de mortalidad.

La forma mas comun i corriente es que el padre sea sífilítico i en este caso cuando el esperma contiene virus mezclado mecánicamente, el feto presenta las manifestaciones típicas de la diátesis; pero puede suceder que el esperma no contenga virus i el feto entónces solo se resiente en su nutricion por lo que ya anteriormente hemos dicho. La influencia paterna, la mas frecuente, es la ménos peligrosa para el feto; tiene una mortalidad de 28%. La mayor benignidad es debida en gran parte a que como se desarrolla el feto en un útero sano i sostenido con elementos sanos, la influencia nociva es en parte atenuada.



Hemos examinado ya la influencia de la madre sobre el niño i esto nos lleva a pensar en el caso inverso. ¿Qué influencia ejerce la sífilis del feto sobre la madre? Las innumerables observaciones pueden ser agrupadas así:

1.º La reaccion de la sífilis del niño sobre la madre es nula i ésta queda completamente sana, tan sana que puede contraer esta afeccion mas tarde por cualquier otro medio.

2.º La madre se hace sífilítica. Esta forma llamada sífilis concepcional se distingue por la falta de accidentes primitivos i solo se observan los síntomas jenerales. Estos casos son numerosos i se esplican por la hipótesis siguiente: parte del virus sífilítico del feto, atraviesa la placenta i pasa a la sangre materna i la infeccion se produce. Así se esplica la ausencia de signos iniciales.

3.º La madre adquiere la inmunidad, sin presentar ningun síntoma de infeccion. La mejor prueba de esto es que puede amamantar i cuidar su hijo con lesiones evidentemente contagiosas sin ser infectada, mientras que otra persona no sífilítica seria indudablemente atacada. Esto es conocido desde largos años i se le ha llamado lei de COLLES.

Perturbaciones de la nutricion.—Juegan en la sífilis hereditaria un papel importantísimo, mucho mas que en la forma adquirida. Se manifiestan de diversas maneras.

En los casos graves, acarrear la muerte del feto en el utero, queda allí una o dos semanas i es espulsado por aborto como feto muerto macerado. Esta forma puede repetirse durante varios embarazos i debe atraer la atencion del médico i suponer sífilis en algunos de los jeneradores.

Los partos ántes de término, aunque ménos graves, tienen un pronóstico mas serio. Sin causa apreciable, el embarazo se termina prematuramente i nace un niño vivo con o sin síntomas sífilíticos. Los abortos i partos prematuros se suceden a menudo de tal suerte que hai 1, 2, 3 abortos, seguidos de un parto prematuro.

La falta de vitalidad de los niños nacidos ántes de término





o de término, pero de padres luéticos, es frecuente en la heredo-sífilis. Estos seres, mueren regularmente al cabo de algunas horas o días sin causa apreciable i presentan un aspecto típico, son débiles, flacos, la piel laxa arrugada, tienen cara de viejos, la voz débil, i en jeneral su nutrición parece seriamente afectada. El desarrollo ulterior de estas criaturas se perturba también: así, el crecimiento se retarda, los dientes aparecen en una época alejada, andan mucho despues que los demas de su edad. El desarrollo intelectual se resiente de un modo especial i hablan en jeneral con dificultad. Son delicados, sensibles i enfermizos. Algunos autores establecen una relacion entre los vicios de conformacion, como labio leporino, espina bifida, hidrocefalia, etc., i las perturbaciones de nutrición debidas a la lúes; pero esto es todavía dudoso.

Síntomas.—La sífilis hereditaria puede evolucionar durante la vida intra-uterina i aun curar como lo prueban los casos de niños que presentan restos de iritis o de un exantema, etc., etc. Por lo jeneral, los síntomas sifilíticos se manifiestan en los tres primeros meses de la vida extra-uterina. Cuando trascurre este tiempo sin ninguna manifestacion, se puede pensar que han escapado al contagio; pero en algunos casos, aunque raros, en la época de la pubertad se desarrollan los fenómenos terciarios interesando principalmente los huesos, i constituyen lo que se llama sífilis hereditaria tardía.

El pronóstico será mas favorable para aquellos casos en que las manifestaciones aparecen en el intervalo de los tres primeros meses. La marcha de la sífilis hereditaria es muy irregular. Las lesiones que constituyen el cuadro de la afección son las mismas que en la forma adquirida salvo algunas localizaciones especiales; pero sí, se presentan sin orden ni regularidad i no es raro encontrar lesiones papulosas i gomosas. Solo en la forma tardía aparecen aislados los signos terciarios.

En cuanto a las localizaciones podemos mencionar:

Piel.—Las sifilides pustulosas juegan aquí un papel importante, bajo el nombre de *pemphigus sifilítico de los recién na-*

cidos. Se presentan como manchas, lívidas, oscuras, de tamaño variable, hasta del porte de una arveja; estas manchas se transforman en pústulas, blandas, llenas de pus amarillo i rodeados por un borde saliente rojo. Luego se rompen, se secan o se estienden en superficie.

Pueden aparecer en número variable; pero tienen un gran valor diagnóstico en las lúes hereditarias cuando ocupan la palma de la mano o la planta de los piés.

Mucosas.—Corizas agudos, con abundante secreción i ulceraciones de marcha rápida son frecuentes.

Huesos.—Aparte de las afecciones simplemente inflamatorias i gomosas del periostio i del hueso, ha sido descrita por WEGENER una enfermedad de las epífisis: la *osteochondritis sifilítica*, caracterizada por la estension del cartilago en el límite de la epífisis i por la proliferación irregular de la zona de osificación que trae por fin la separación completa de la epífisis de la diáfisis. La enfermedad se acompaña de un espesamiento del periostio i de osteofitos. Se observa en los huesos largos. Esta separación que sobreviene espontáneamente o por un ligero traumatismo es la causa de la pseudo parálisis sifilítica de los recién nacidos.

Las manifestaciones sobre los distintos órganos i vísceras exige por lo regular un estudio atento para comprobarlas i creo que su descripción me alejaría del plan de este trabajo que está dedicado únicamente a describir aquellas lesiones mas sobresalientes, para así hacer apreciar mejor el valor de las lesiones oculares.

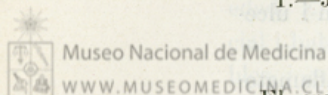




CAPÍTULO II

Sífilis ocular

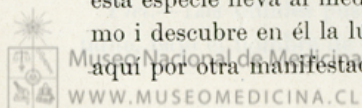
1.—JENERALIDADES SOBRE LA ÉPOCA EN QUE ES MAS FRECUENTE



El crecido número de enfermos que día a día acude al servicio de Policlínica del profesor CIENFUEGOS i la interesante i completa estadística que de ellos ahí se lleva, facilita sobre manera los trabajos que de esta naturaleza se emprenden, cuyo fin no es una pura curiosidad científica, sino que están llamados a demostrar palpablemente a las personas dirigentes de nuestra cultura que hai aun un gran número de enfermedades que podrian reducirse a cifras tolerables si se pudiesen en práctica las interesantes reglas de la higiene i de otras ramas de la medicina moderna.

Dado el considerable desarrollo que la sífilis ha adquirido entre nosotros, no es de asombrarse que la proporción de afecciones oculares en que esta diátesis juega un papel importante, sea tambien entre nosotros superior a muchas otras estadísticas.

Por lo que toca a la participacion de cada período, podemos decir que hai observaciones de todas las formas, desde la lesion inicial en el párpado, conjuntiva, etc., hasta la produccion del verdadero tejido específico o gomoso; es cierto que estos casos son rarísimos, apénas en los 17 años de estadística hai seis casos; el mayor número corresponde, sin duda, al periodo secundario, tanto que una manifestacion ocular de esta especie lleva al médico a examinar prolijamente al enfermo i descubre en él la lúes que no se habia revelado hasta aqui por otra manifestacion.



En este estudio seguiremos el uso consagrado al describir las afecciones del órgano de la vision, e. d., un órden fijo, de afuera hácia adentro; describiremos con observaciones tan completas como es posible tomar en servicios en que se atiende a tan crecido número de enfermos, los casos mas interesantes, i dando solo los cuadros en que se puede apreciar la frecuencia de los demas.

CUADRO EN QUE SE INDICA LAS FRECUENCIA DE LAS AFECCIONES LUÉTICAS OCULARES

ENFERMEDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	%
Cavidad orbitaria.....	0	0	0	...
Vias lacrimales.....	1	0	1	...
Párpados.....	3	0	3	...
Conjuntiva.....	3	0	3	...
Córnea.....	137	151	288	0,22
Esclera.....	0	0	0	...
Iritis plástica.....	586	341	927	0,71
Gomas del iris.....	24	7	31	0,02
Coroides.....	24	16	40	0,03
Retina.....	9	1	10	...
Papila.....	0	0	0	...
TOTAL.....	787	516	1303	...

De este cuadro se deduce que la *iritis plástica* es de todas las afecciones sífilíticas del ojo la mas frecuente, con un total de 927 en los 17 años; despues vienen las afecciones de la córnea, o sea la *keratitis intersticial*, con 288 enfermos; siguen, por órden de frecuencia, los gomas del iris, las afecciones de la coroides, despues las de la retina, etc., etc.

Como el total de enfermos habido en los 17 años es de 33 248 i los con manifestaciones sífilíticas 1 303, se deduce que para la lúes hai una proporción de 4% aproximadamente.





2.—CONSIDERACIONES JENERALES SOBRE CADA FORMA

LESIONES OCULARES.—ORBITA.—Se distinguen dos formas de periostitis sífilítica en la órbita: una periostitis del reborde orbitario i otra de la cavidad. Son lesiones, por lo demas, bastante raras. En la primera forma, se nota sobre el reborde orbitario un punto tumefacto doloroso ya espontáneamente, ya a la presion, la piel roja, a veces hai edema en los párpados. En la segunda forma el globo ocular se hace prominente, sobretodo de un lado, se acompaña de edema palpebral e hiperemia conjuntival. Cuando se introduce el dedo entre el globo ocular i la órbita se percibe netamente el punto tumefacto, en forma de un engrosamiento característico.

Se han descrito lesiones gomosas de la órbita, verdaderos gomias vejetantes, que ulcerándose tienen tendencias a seguir caminos diversos. Pueden, atravesando la órbita, penetrar en el interior del cráneo u otras cavidades de la cara; o bien seguir un camino opuesto, i resblandeciendo la piel, llegar hasta el exterior i dar, en último término, lugar a numerosas cicatrices viciosas. El globo ocular mismo puede ser interesado de diferentes maneras. Por la presion constante que ejerce el tumor o por las exostosis que se desarrollan en el *foramen opticum* se orijina una neuritis acompañada de edema de la papila, de desprendimiento de la retina i aun de atrofia del nervio óptico. Las partes esternas del globo ocular sufren perturbaciones de consideracion: las cicatrices palpebrales producen un lagophthalmus; la córnea se destruye por un proceso de keratitis i a veces una perforacion tiene lugar i el accidente se termina por la fluxion del ojo.

De esta forma de afeccion no se ha presentado ningun caso.

VIAS LACRIMALES.—Mucho mas raras son las afecciones de las vias lacrimales. Regularmente las dacrio-cistitis i escurrimiento crónico están relacionados con otras afecciones específicas de la mucosa nasal o de los huesos de la nariz.

En los libros de estadística se encuentra anotado el caso de

un individuo de 23 años, boticario, que presentaba un sífiloma situado en la rejion del saco. Sus antecedentes luéticos eran manifiestos i el tratamiento confirmó el diagnóstico.

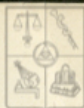
PÁRPADOS.—Sobre la piel de los párpados se pueden encontrar todas las formas de sífilides secundarias como en el resto del cuerpo. El chanero se desarrolla preferentemente en la conjuntiva, pero puede avanzar hasta llegar a hacerse palpable. Se acompaña de infarto ganglionar pre-auricular. El contagio es llevado hasta ahí por los dedos de personas que hayan tocado alguna lesion cutánea o mucosa de naturaleza específica o por los besos de individuos atacados de sífilis bucal.

Algunas formas de sífilis cutánea, como las erupciones papulosas, pustulosas, i las ulceraciones, pueden alcanzar a la destruccion del párpado i perforarlo, cosa que se puede observar en los casos en que la afeccion ha evolucionado rápidamente o cuando el tratamiento ha sido instituido en forma defectuosa. Se han descrito tambien numerosos casos de gomias, pero al servicio no se ha presentado ninguno.

HUTCHINSON ha descrito una forma especial de blefaritis en niños atacados de sífilis hereditaria, caracterizada por ulceraciones que parten del borde libre de los párpados i se estienen a toda su superficie, de contornos netamente limitados i partiendo por lo regular de las comisuras. El cartilago tarso puede ser el sitio de una infiltracion crónica, indolente, que se ha llamado *tarsitis sífilítica*. En jeneral, el diagnóstico se basa sobre la consistencia de los bordes del tumor o ulceracion, sobre la evolucion del proceso i especialmente sobre la influencia del tratamiento específico. El escaso número de estas afecciones no permite formar cuadros, por eso inserto aquí las relaciones de los casos observados.

Observacion número 1

Abraham Soto, de 25 años, soltero, de oficio panadero. Vie-



un individuo de 23 años, boticario, que presentaba un sífiloma situado en la rejion del saco. Sus antecedentes luéticos eran manifiestos i el tratamiento confirmó el diagnóstico.

PÁRPADOS.—Sobre la piel de los párpados se pueden encontrar todas las formas de sífilides secundarias como en el resto del cuerpo. El chanero se desarrolla preferentemente en la conjuntiva, pero puede avanzar hasta llegar a hacerse palpable. Se acompaña de infarto ganglionar pre-auricular. El contagio es llevado hasta ahí por los dedos de personas que hayan tocado alguna lesion cutánea o mucosa de naturaleza específica o por los besos de individuos atacados de sífilis bucal.

Algunas formas de sífilis cutánea, como las erupciones papulosas, pustulosas, i las ulceraciones, pueden alcanzar a la destruccion del párpado i perforarlo, cosa que se puede observar en los casos en que la afeccion ha evolucionado rápidamente o cuando el tratamiento ha sido instituido en forma defectuosa. Se han descrito tambien numerosos casos de gomias, pero al servicio no se ha presentado ninguno.

HUTCHINSON ha descrito una forma especial de blefaritis en niños atacados de sífilis hereditaria, caracterizada por ulceraciones que parten del borde libre de los párpados i se estienen a toda su superficie, de contornos netamente limitados i partiendo por lo regular de las comisuras. El cartilago tarso puede ser el sitio de una infiltracion crónica, indolente, que se ha llamado *tarsitis sífilítica*. En jeneral, el diagnóstico se basa sobre la consistencia de los bordes del tumor o ulceracion, sobre la evolucion del proceso i especialmente sobre la influencia del tratamiento específico. El escaso número de estas afecciones no permite formar cuadros, por eso inserto aquí las relaciones de los casos observados.

Observacion número 1

Abraham Soto, de 25 años, soltero, de oficio panadero. Vie-





ne al servicio de la Policlínica oftalmológica el 2 de Junio de 1903.

Hábitos: bebe poco; fuma regularmente.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: ha gozado siempre de buena salud.

Solo hace cuatro meses a que tuvo dos chaneros en el peno seguidos de adenitis inguinales que no supuraron. Desde hace mes i medio le han aparecido manifestaciones secundarias de la piel i mucosas, dolores esteócopos nocturnos i alopecia: Actualmente tiene acné en la cara.

La afeccion palpebral data de 15 dias; a partir de ese tiempo, dice el enfermo, le apareció una espinilla en la parte interna del párpado inferior del ojo izquierdo que poco a poco se fué aplanando hasta convertirse en úlcera i alcanzar el tamaño i forma de un frejol que actualmente tiene. Está situada mas cerca del ángulo interno i avanza hasta el borde libre. Las dimensiones son: largo $2\frac{1}{2}$ cm i ancho 1 cm. Sus bordes son regulares i el fondo, despues de desprendida una costra que lo tapa, es sanioso. Hai infarto de los ganglios pre-auriculares.

Diagnóstico: chanero sifilítico del párpado inferior del O. I.

Tratamiento: lavados con soluciones antisépticas, pulverizaciones con calomel i tratamiento jeneral específico.

A los diez dias de tratamiento desapareció el chanero.

Observacion núm. 2

Ramon Miranda, de 11 años de edad, soltero, natural de Santiago. Ingres a al servicio de la sala de San Vicente el 1.º de Julio de 1897.

Entre los antecedentes hereditarios no se descubre herencia diatésica, talvez por falta de intelijencia del enfermo.

De sus enfermedades anteriores recuerda la alfombrilla fiebres de corta duracion i perturbaciones intestinales pasajeras.



La enfermedad actual data de un mes, le empezó sin dolor, con un poco de lagrimeo i disminucion de la agudeza visual; pocos dias despues observó que tenia dos pequeñas ulceraciones en el párpado superior cerca del borde i situadas en el lado esterno, que han ido gradualmente creciendo, i hace mas o ménos 18 dias que en el párpado inferior existe igual cosa.

EXÁMEN OBJETIVO.—Los dientes son del tipo Hutchinson.

Párpados: el superior del ojo derecho se encuentra abultado, convexo, edematoso. En su cara convexa, cerca del borde palpebral se encuentran varias ulceraciones que suben hasta 2 mm del borde; son de contornos regulares, un poco sobresalientes i recubiertas de un pus amarillento. El borde palpebral se encuentra destruido en sus $\frac{2}{3}$ esternos por ulceraciones i en toda esta estension faltan las pestañas. El párpado inferior se encuentra edematoso i un poco abultado. Las pestañas faltan en la mitad esterna, que en este punto presenta ulceraciones que se continúan en las dos caras del párpado, en la estension de uno o dos milímetros.

Conjuntivas: inyectadas, siendo esto mas manifiesto en el ángulo esterno del ojo.

Córnea: hai tambien una lijera opacidad en su mitad esterna i algunos vasos avanzan 1 a 2 mm por dentro de su limbo.

El resto del ojo no presenta alteraciones.

Diagnóstico: úlceras sifilíticas de los párpados.

Tratamiento: lavados antisépticos, aplicaciones de calomel i tratamiento específico.

El enfermo fué dado de alta el 27 del mismo mes.

CONJUNTIVA: Las lesiones sifilíticas iniciales son mui raras, jeneralmente son pequeñas ulceraciones de base indurada, de color de tocino, con infarto ganglionar, cuyo diagnóstico se puede hacer por la aparicion de los fenómenos secundarios. El contagio es llevado, como para las afecciones palpebrales, por el contacto





con dedos infectados. Sobre la conjuntiva se pueden desarrollar pápulas como en el resto del cuerpo.

Los gomas son sumamente raros: pueden ser primitivos o nacer por propagación de otros vecinos. En estos casos se observa un pequeño tumor rojizo amarillento, con superficie lisa i que luego se ulcera.

Algunos autores, como GOLDZICHER i SATTLEB, han descrito una conjuntivitis con granulaciones semejantes a las del tracoma, i de origen específico.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Observacion N.º 3

N. N. de 22 años, soltero, de Santiago. De la clientela privada del doctor CIENFUEGOS.

De sus antecedentes hereditarios no hai nada interesante.

Antecedentes personales.—Hace solo 3 meses que tuvo en el pene una pequeña ulceración que le duró un mes, fué acompañada de adenitis inguinal que es actualmente apreciable. Otras manifestaciones no ha tenido.

La afección ocular data de 8 días: Le principió en la parte mucosa del párpado inferior del ojo izquierdo mas cerca del ángulo esterno, en forma de una manchita roja que poco a poco se fué extendiendo i, desprendiéndose su superficie, se ha convertido en una úlcera del tamaño de una arveja, de contornos regulares, lijera mente sollevantados, con poca secreción i de un aspecto grisáceo. Los ganglios pre-auriculares i mastoideos estaban apreciables.

Diagnóstico.—Chancro del párpado inferior del ojo izquierdo. Curó con tratamiento específico en 12 días.

Observacion N.º 4

N. N. de 33 años, casado, sastre, natural de Santiago. Va a la consulta privada del doctor CIENFUEGOS el 15 de Agosto de 1901.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Antecedentes hereditarios.—No los recuerda.

Antecedentes personales.—Hace 15 años tuvo blenorragia i otras enfermedades venéreas que no sabe describir. Dos meses despues tuvo manchas en el cuerpo i una afección a la garganta por lo que se vió obligado a recurrir a un médico que lo sometió a un tratamiento por fricciones de pomada mercurial i sanó.

La enfermedad actual data de mas o ménos 18 días. Con ocasion de un lijero traumatismo tuvo por algunos días un poco de lagrimeo i molestia para mirar i una sensación de cuerpo extraño en el ojo derecho. Algunos días despues observó que tenia una lijera grieta en el párpado superior lado interno de ese ojo que ha avanzado hasta el borde ciliar i ha ocasionado la caída de pestañas en ese sitio. Su aspecto es regular, sus bordes rojos, su fondo mas o ménos sucio.

Diagnóstico.—Úlcera sifilítica del párpado superior ojo derecho. Curó con el tratamiento específico.

CÓRNEA.—La *keratomalacia* de los recién nacidos tiene mucha relacion con la sífilis hereditaria. Es una lesión bilateral cuyo proceso acarrea la destrucción completa de esta membrana. Parece que la caquexia jeneral producida por la diátesis fuera la sola causa de la afección.

Pero de todas las afecciones corneales, la que jeneralmente reconoce por causa la lúes es la keratitis intersticial (keratitis parenquimatosa, uveitis anterior, etc., etc.). El proceso se desarrolla en la capa media i profunda, unido a procesos del iris, cuerpo ciliar, etc.

Etiología.—Rarísima vez se observa esta afección en la sífilis adquirida; sin embargo, para la sífilis hereditaria es un signo de gran valor i que jeneralmente la acompaña. Aparece entre los 10 i 20 años; la lesión es bilateral, aunque no ataca los dos ojos a la vez sino que trascurre un tiempo mas o ménos.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



nos largo entre el proceso de un ojo i el del otro. Mas frecuente en la mujer que en el hombre.

El valor de la sífilis, en la etiología de la keratitis ha sido largamente discutido. Algunos autores niegan toda relacion entre ambas afecciones i otros han caido en el exceso opuesto.

Es verdad que hai varios procesos que pueden simular la keratitis especifica como, p. ej., los tubérculos de la córnea, o bien se puede desarrollar una keratitis en ojos afectados de iritis o escleritis tuberculosas sin tener ningun vestijio de lúes. Pero al lado de estos casos, que son verdaderamente escepcionales, estan las numerosas estadísticas estranjeras i la nuestra que nos prueban que, en los casos observados de esta afeccion, ha sido fácil constatar otros estigmas de la afeccion hereditaria i que han mejorado con el tratamiento antisifilítico. Estos caracteres de que hago mencion han sido descritos en el primer capítulo de este trabajo i creo que no debo insistir.

Síntomas.—La intensidad del proceso es variable. Hai formas lijeras i formas graves. En la jeneralidad de los casos la superficie corneal está opaca i parece finamente puntuada. En el espesor de la córnea se ven opacidades en forma de nubes o manchas de color gris o amarillentas. Al principio de la afeccion hai desarrollo de vasos situados en las capas profundas i se les puede seguir hasta su union a los vasos conjuntivales. Cuando el desarrollo de vasos es numeroso i éstos son de pequeño calibre, dan el aspecto de un velo rojo que cubre la córnea, i se podría tomar por un *pannus* si un exámen atento no demostrara su situacion en las capas profundas. En algunas ocasiones, este desarrollo de vasos no existe. No siempre es posible ver la pupila, i si se la ve, se puede observar que reacciona lentamente a la luz i aun a la accion de la atropina. La participacion del iris es grande, se observan sinequias totales i en casos en que un gran exudado espeso se deposite entre el iris i el cristalino, se forma allí una verdadera membrana que cierra la pupila i que trae como consecuencia el aplastamiento de toda la parte anterior del ojo.



Terminacion.—La afeccion es de marcha lenta, se necesitan muchos meses para obtener la curacion. En casos favorables, la córnea recobra su transparencia completa o persisten algunas manchas poco intensas. Pero en otros casos la infiltracion parenquimatosa puede llegar a la esclerosis.

MAUTHNER describe una forma especial de keratitis intersticial, semejante a la keratitis puntuada, que se caracteriza por pequeños focos del tamaño de la cabeza de un alfiler, grices, que penetran en el parenquima corneal i que este autor considera como acumulacion de células gomosas.

Pronóstico.—Está íntimamente ligado a las atenciones que se prodiguen al enfermo. Atendido cuidadosamente i en tiempo oportuno, se puede alcanzar la trasparencia completa de la córnea o por lo ménos impedir las complicaciones i que una lijera opacidad sea el único recuerdo de la enfermedad. Los casos fatales, es decir, de pérdida de la vision, se deben, o bien a que los enfermos recurren demasiado tarde a la consulta del médico, o bien a que no son perseverantes en el tratamiento i lo abandonan luego; pues, como ya se ha dicho, la marcha de la afeccion es lenta i necesita meses apesar del tratamiento, cosa que el facultativo no debe jamas dejar de advertir al enfermo.

Tratamiento.—Local i jeneral.—El primero es proteger el ojo de la accion de la luz, usar la atropina i el calor húmedo. Cuando todo proceso irritativo haya pasado, se recurre a los agentes excitantes como insuflaciones de calomel. La pomada de óxido amarillo unida al masaje, da mui buenos resultados. Cuando el proceso es mui avanzado se recurre a la iridectomía, ya con un fin terapéutico, disminuir la presion, ya con un fin óptico (por membrana pupilar).

El tratamiento jeneral debe ser tónico reconstituyente. Se prescriben las preparaciones de fierro, quina, preparaciones de mercurio, iodo, etc., etc.

En el cuadro de estadística jeneral de 33 248 enfermos, 8 545 representan el estensísimo grupo de las afecciones cor-





reales. De éstos, 286 eran enfermos de keratitis intersticial. Su frecuencia segun la edad se descompone así:

Edades	Hombres	Mujeres	Totales
De 0 a 5.....	26	26	52
De 5 a 10.....	28	34	62
De 10 a 15.....	23	20	43
De 15 a 20.....	18	27	45
De 20 a 30.....	26	23	49
De 30 a 40.....	11	10	21
Sobre 40.....	3	11	14
Totales.....	135	151	286

Mas frecuente en la mujer i en la edad de 5 a 10 años.

Insérto aquí dos observaciones que juzgo de la mayor importancia por referirse a una afección que no viene descrita en ningun tratado.

La primera de estas observaciones fué publicada por el doctor CIENFUEGOS en la *Revista Médica* en 1901; la segunda, fué observada un tiempo despues, i a juicio de este profesor, se trataba de un segundo caso de goma de la córnea.

Observacion número 1

Miguel Berrios, de 22 años, soltero, gañan, natural de Melipilla. Ingresó al servicio de la Sala de San Vicente el 24 de Junio de 1901.

Antecedentes hereditarios, sin importancia.



Antecedentes personales. A los 16 años, gonorrea agudísima, que duró tres meses. A los 20 años, varias ulceraciones localizadas en el frenillo del prepucio, sin resonancia ganglionar; algun tiempo despues, dolores de garganta i erupciones poli-morfos de todo el cuerpo; no ha tenido dolores a los huesos ni caída del pelo.

Trascurrido un año de sus primeras ulceraciones, volvió otra vez a adquirirlas en la misma forma anterior. A los 6 meses de sus lesiones iniciales, presentó por segunda vez erupciones múltiples a todo el cuerpo, i junto con desaparecer estas erupciones le principió su afección, al ojo izquierdo.

Enfermedad actual.—Data de 5 semanas. Se principió en el ojo izquierdo con una hiperemia intensa, lagrimeo, fotofobia; como a los 14 dias de tener estos sintomas, notó el enfermo que su vista iba gradualmente disminuyendo, i al mirarse en un espejo, notó que tenia en la córnea de ese ojo una opacidad que iba en aumento.

Exámen objetivo.—Individuo regularmente constituido, musculatura i panículo adiposo, escasos; tinte palido de la piel. Presenta infarto ganglionar jeneralizado, menos el de Ricardo.

El exámen del ojo izquierdo nos dá: párpados, pestañas, puntos lacrimales, conjuntiva palpebral i los movimientos del ojo, normales. Su conjuntura ocular mui hiperemiada, sobre todo en el ángulo esterno del ojo i lijera secrecion mucosa.

La córnea se halla trasparente en sus capas superficiales, sin ninguna manifestacion aparente de infiltracion; en las capas medias, hasta la membrana de DESCHEMET, se nota una masa gris, que compromete los diversos elementos corneales. Esta masa de forma cónica, mas bien que triangular, tiene su vértice dirigido hácia la pupila, en la que penetra un poco. El epitelio corneal sano. Las dimensiones de esta mancha eran de mas de 9 milímetros en su diámetro mayor i 7 en el menor. Su sitio, el ángulo esterno del ojo, su borde cóncavo llega al limbo corneal. Cámara anterior lijeramente aumentada. Iris, se veia mal, no reaccionaba a la luz, su color era normal. Cuer-





po ciliar inflamado, probablemente por proceso semejante al de la córnea. El cristalino empañado.—V. O. I.: cuenta dedos a 0.40 m; Tn + 1. El ojo derecho normal.

El día 26 de Junio en el sitio de la hiperemia subconjuntival aparece una tumefacción en la esclera que en pocos días alcanza a 10 mm, de forma esférica, de color uniformemente rojo, tocando con su parte interna el limbo corneal, i se estiene ocupando casi toda la abertura palpebral. Esta tumefacción es de la misma naturaleza que la de la córnea, probablemente del iris i cuerpo ciliar.

Diagnóstico.—Goma de la córnea.

Tratamiento.—Lavados antisépticos e instilaciones de atropina; fricciones mercuriales de tres gramos, diarias. Al interior, yoduro de potasio. Cuando apareció la tumefacción de la esclera, se aumentó la cantidad de yoduro i de pomada.

El 1.º de Julio el tumor de la esclera disminuye de volumen, i ocho días mas tarde desaparece por completo. De la gran masa gris corneal no queda sino el empañamiento del sitio en que se desarrolló. La vision queda siempre disminuida.

Posteriormente el enfermo fué operado de indecemia superior para abrir paso a los rayos luminosos i para impedir que las fuertes adherencias trajeran la atrofia del ojo.

Observación número 2

Santiago Domnil de 19 años, soltero, de oficio zapatero, natural de Valparaíso. Viene al servicio de Policlínica oftalmológica el 19 de Mayo de 1903.

Antecedentes hereditarios.—El padre murió a la edad de 55 años, sufría de asma; la madre murió de una afección pulmonar. Fueron 6 hijos; todos viven i son sanos.

Antecedentes personales.—No recuerda ninguna enfermedad. Hace 5 meses tuvo blenorragia, sin dolor al orinar, pero con sangre. Un mes despues le aparecieron a un mismo tiempo en la parte interna del prepucio varias ulceraciones indoloras



que desaparecieron al cabo de un mes, i que fueron acompañadas de un engrosamiento que le hacia difícil invertir el prepucio; la adenitis inguinal no fué muy acentuada. Hasta la fecha no ha tenido ninguna otra manifestación de lúes secundaria.

La afección ocular data de un mes. Sin causa apreciable, sin dolor, acompañada de fotofobia, le apareció una tumefacción en la parte esterna del ojo izquierdo.

Exámen del ojo izquierdo.—Párpados i conjuntivas normales.

Córnea.—En la parte esterna i ocupando una regular extensión de ella se nota un tumor de color blanco amarillento, sin tener relación alguna con el iris. Este tumor se ulceró: el enfermo no volvió mas al servicio, por este motivo no se le pudo someter al tratamiento aconsejado.

ESCLERÓTICA.—Por lo jeneral, la Esclera es atacada conjuntamente con la córnea, i el iris i procesos ciliares, de tal suerte que no se puede hacer descripción especial.

Aparte de la simple inflamación de la esclera o escleritis se han observado gomas ya primitivos o provenientes de gomas del cuerpo ciliar.

ÍRIS I CUERPO CILIAR.—De todas las partes del ojo, es esta la mas frecuentemente atacada por la sífilis. La proporción exacta de los casos debidos a esta diátesis es difícil de establecer. El número que indican los autores varía entre 16 i 75%. La edad de mayor frecuencia es de 20 a 40 años. Lo que se explica por la mayor frecuencia de la lúes en esa edad. Aunque la causa es jeneral, amenudo se observa que un solo ojo es atacado i esto se comprende tomando en consideración que las perturbaciones visuales i los dolores que acompañan la afección obligan a los enfermos a consultar al médico desde los primeros momentos, i por un tratamiento apropiado, se impide que se declare en el ojo sano. Las influencias térmicas, físicas,





mecánicas i las perturbaciones funcionales pueden ocasionar una iritis mas fácilmente en un individuo sífilítico que en uno sano.

Esta forma de iritis no es exclusiva de la lúes adquirida, se la encuentra como manifestacion de sífilis hereditaria en los primeros meses de la vida, en niños con otras manifestaciones diatésicas. En la sífilis adquirida, esta afección forma parte del periodo secundario i es, aunque raras veces, el primer síntoma. Coincide con los exantemas papulosos, placas mucosas, etc.

Como manifestacion terciaria es bastante rara: se la ha observado en aquellos casos de caquexia sífilítica. Estas observaciones es menester recordarlas, pues el tratamiento difiere en cada caso: así las formas secundarias ceden admirablemente al tratamiento mercurial i las terciarias al iodado.

Una forma especial de iritis, especifica, i que se observa en el periodo secundario, es la iritis gomosa o simplemente goma. En realidad, no se trata del verdadero tejido gomoso terciario, sino de pápulas, de donde el nombre que algunos autores le dan de iritis papulosa o condilomatosa. Estas pápulas curan sin dejar cicatrices o dejando una lijera atrofia del iris; no hai destruccion central como en los gomas i ademas estas pápulas se acompañan de procesos inflamatorios manifiestos. Sin embargo, el exámen anatómico ha permitido constatar en muchos casos verdaderos gomas.

Sintomas.—Los síntomas inflamatorios son regularmente acentuados. Aparte de las perturbaciones jenerales, como lijero estado febril, malestar i perturbaciones gástricas, etc., se observa una inyeccion sub-conjuntival intensa, fotofobia i dolores superciliares que se irradian hácia la frente o mandíbulas.

El color del iris está fuertemente alterado i su tejido relajado. La pupila estrecha, apénas reaccionaria a la accion de la luz i aun bajo la accion de los midriáticos. Cuando por estos ajentes se provoca la dilatacion, se ve que sus contornos son irregulares, debido al exudado que se deposita entre la cara posterior



del iris i la cristaloides anterior, lo que forma las sinequias posteriores, que si no se interviene a tiempo, persisten indefinidamente. En casos algo mas graves se ve que una falsa membrana-tapa completamente el campo pupilar. No es raro constatar en la cámara anterior un lijero hipopion, un enturbamiento lijerísimo del humor acuoso, i sobre las capas profundas de la córnea verdaderos precipitados del tamaño de un grano de mijo i de color de tocino.

Cuando se acompaña de inflamacion de los cuerpos ciliares, es decir, de ciclítis, el ojo se pone estremadamente sensible: la mas lijera presion provoca al enfermo dolores intolerables.

En la iritis gomosa o gomas, se pueden observar los síntomas jenerales de la iritis plástica; pero un exámen atento permite descubrir pequeñas nudosidades de tamaño variable, desde un grano de mijo hasta una adormidera, situadas en el tejido del iris hácia el borde pupilar, de color amarillo-rojizo debido a una gran cantidad de pequeños vasos que envuelven la nudosidad. Son ya aisladas o numerosas; en este último caso se sitúan al rededor del borde papilar formando una verdadera corona. Al nivel de ellos hai sinequias. La tension ocular es normal, pero cuando la iritis se acompaña de ciclítis, puede estar disminuida o aumentada.

Marcha i terminacion.—La evolucion de una iritis oscila entre 2 i 3 semanas i hasta meses. Recidiva con mucha facilidad.

Los casos que son bien atendidos mejoran sin dar lugar a sinequias posteriores i la vision vuelve a su estado normal. Por el contrario, abandonadas a sí mismas pueden llegar hasta la oclusion completa de la pupila por falsa membrana, que se reconoce fácilmente por la abolladura del iris, cuyo borde pupilar cae como en un embudo o cráter. Esto puede dar lugar a un aumento de la presion: glaucoma secundario. Lo frecuente es observar sinequias posteriores que pueden ser parciales o totales i se reconocen fácilmente. Los gomas desaparecen, como se ha dicho, sin dejar rastros, o solo una lijera atrofia gris del punto que ocupaban.





Diagnóstico.—Cuando los síntomas están perfectamente manifiestos basta observar el ojo para decir de qué se trata, aun sin interrogar al enfermo. Los gomas podrian confundirse con los granulomas, o con la tuberculósis del iris. En jeneral, el diagnóstico es fácil, investigando los antecedentes en casos dudosos i observando la influencia del tratamiento específico.

El pronóstico está ligado al estado jeneral del individuo i especialmente del ojo.

Tratamiento.—Puede ser local i jeneral.

El tratamiento local consiste en proteger el ojo de la accion de la luz viva, ya sea por medio de anteojos ahumados o por la permanencia en una pieza mas o ménos oscura. Esto sobre todo para los casos agudos. Los fuertes dolores se combatirán por la aplicacion de sanguijuelas en las sienes i, en último término, por inyecciones de dionina o morfina. El sueño puede ser obtenido por la administracion de cloral i otros hipnóticos.

La atropina debe ser usada desde el principio 2 i 3 veces al día, observando que no haya accidentes, en cuyo caso podria ser reemplazada por la duboisina, hiosciamina, efedrina, etc.

La iridectomía es a veces necesaria para combatir ya las sinequias posteriores, que algunos consideran como causantes de las recidivas, aunque ésto no parece probable, sino que es mas lójico pensar que recidivan porque la enfermedad jeneral no está curada, o para combatir la oclusion pupilar.

El tratamiento jeneral es el comun i corriente. En la Clínica se sigue el método de fricciones mercuriales de 2 g cada vez por espacio de seis días, luego un baño, descanso de dos o tres días i se empieza una nueva serie. En jeneral, con 20 o 24 fricciones está curada la afeccion, pero es menester siempre continuar un tiempo mas para mejorar el estado jeneral. De un total de 33 248 enfermos, 1 554 han representado el grupo variado de las afecciones del iris. Pero de éstos solo 927 han presentado iritis luética i 31 gomas del iris; la cifra restante corresponde a las otras enfermedades.



IRÍTIS PLÁSTICA
ÉPOCAS EN QUE ES MAS FRECUENTE

ESTACIONES	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	TOTALES
Verano.....	10	12	17	11	18	15	18	15	10	18	15	10	15	8	3	9	6	210
Otoño.....	15	10	12	11	17	15	12	12	11	7	10	8	9	10	6	12	16	193
Invierno...	18	11	11	12	19	15	20	20	8	13	11	9	3	6	16	14	20	226
Primavera.	12	15	17	14	24	26	11	18	18	26	15	17	5	15	33	16	11	299
TOTALES ...	55	48	57	48	78	71	61	69	47	64	51	44	32	39	58	51	53	928





Vemos que el mayor número de enfermos con iritis plástica se ha observado en el año 1890 con un total de 78 enfermos, los años siguientes ha ido gradualment disminuyendo hasta que en el año 1898 solo aparecen 32.

Es mas frecuente en primavera, sigue despues en órden decreciente el invierno, verano i otoño.

IRÍTIS PLÁSTICA

SU FRECUENCIA SEGUN LA EDAD

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
De 0—5	0	0	0
5—10	0	0	0
10—15	2	6	8
15—20	69	35	104
20—30	250	109	359
30—40	146	110	256
sobre 40	119	81	200
TOTAL.....	586	341	927

GOMAS DEL ÍRIS

SU FRECUENCIA SEGUN LA EDAD

EDADES	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
De 20—30	16	6	22
30—40	8	1	9
TOTAL.....	24	7	31



Su distribucion segun los sexos indica que es mas frecuente en el hombre que en la mujer. Respecto a la edad se puede apreciar que de los 20 a 30 años hai mas enfermos, probablemente por ser en esta edad mas frecuente la lúes; despues viene la edad de 30 a 40 i de 15 a 20, en las otras edades es escasísima.

Los gomias del iris son tambien mas comunes en los hombres que en las mujeres i en la edad de 20 a 30 años.

El total de afecciones del cuerpo ciliar es de 79 enfermos: de estos, 58 hombres i 21 mujeres, correspondiendo a la ciclítis plástica solo 10 enfermos: 7 hombres i 3 mujeres.

CORÓIDES.—FOSTER ha descrito por primera vez una lesion especifica de esta membrana, no solo bajo el punto de vista de la etiología, sino tambien por sus síntomas. Estas alteraciones se acompañan de otras de la retina, lo que ha inducido a pensar en que es este el punto de partida de la afeccion; sin embargo, FOSTER considera que la coroides es el sitio inicial i que secundariamente es tomada la retina.

La coroidítis se presenta, por lo jeneral, en una época tardía del período secundario; casi se confunde con las manifestaciones terciarias. Se presenta en individuos cuya sífilis ha estado latente i en personas de edad avanzada.

Hai formas de coroiditis plásticas debidas a la sífilis, pero que no presentan nada de característico.

Como síntomas objetivos se encuentra una opacidad lijerísima del cuerpo vítreo, que fácilmente puede escaparse al observador, si examina los medios transparentes con luz lateral intensa. Esta alteracion es mas fácilmente observada por un miope que por un emétrope, de donde la regla de hacerse miope para estos exámenes, lo que se consigue con la interposicion de lentes conyexas. En la retina se comprueba una lijera opacidad; los limites de la papila están velados i esta opacidad se estiende a lo largo de los vasos en estension variable, los cuales a veces se presentan mas dilatados i sinuosos. En el





curso de la enfermedad, estas opacidades se condensan en trozos grandes que resaltan con claridad. El estroma de la coróides se hace mas manifiesto por la atrofia del epitelio pigmentario, de tal manera que el fondo aparece como manchado (tacheté). En la periferie de la retina se observan alteraciones que consisten en pigmentaciones bajo forma de cadenas o manchas irregulares que se aproximan a la papila. Cuando estos depósitos pigmentarios ocupan una gran parte de la retina, la atrofia de ésta no tarda en manifestarse.



De lo espuesto, resulta que hai mucha semejanza entre esta forma específica i la retinitis pigmentaria. En ámbos casos hai atrofia del epitelio pigmentario i pigmento en la retina; pero en la coroiditis específica las manchas pigmentarias tienen una forma irregular, no se ramifican. El pigmento no sigue el trayecto de los vasos i en la coróides misma no hai sino ligeras alteraciones, pequeños puntos atróficos diseminados aquí i allá, al traves de los cuales aparece la esclera. La participacion de la retina no se limita a lo dicho; a veces adquiere tal predominio, que el exámen es realmente difícil.

Los síntomas subjetivos son mui especiales. La vision central está mui disminuida, hai oscurecimiento del centro del campo visual, hai escotomas de formas variables. En el dominio del escotoma se produce centelleo; los enfermos dicen ver anillos azules, amarillos, rojizos i notan un temblor comparable al que se observa en el aire del campo en un dia de gran calor. Hai tambien hemeralopia. El poder visual disminuye en la noche, de tal suerte que los enfermos se orientan con alguna dificultad. La micropsia (disminucion del volumen de los objetos) i la metamorphopsia (deformacion de los objetos) se puede apreciar en enfermos intelijentes.

La marcha de la enfermedad es mui larga. La vision se mejora por el tratamiento; pero las alteraciones visibles al oftalmoscopio persisten. La curacion completa es incierta; los mejores resultados se alcanzan instituyendo un tratamiento oportuno.



Tratamiento.—Para la afeccion ocular misma es limitada i si-

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



mo. Se reduce a sustraer el ojo de los ajentes irritantes esterores, como la luz, etc., i a instituir el tratamiento jeneral.

Las afecciones de la coróides aparecen en nuestra estadística en número de 83; de éstas, 48 en hombres i 35 en mujeres.

De estos son sifilíticos 40, o sea 24 hombres i 16 mujeres.

RETINA.—Las afecciones de esta parte del ojo se combinan, como ya se ha dicho, con las afecciones de la coróides i son tambien manifestaciones tardías del período secundario.

La retinitis sifilítica puede ser unilateral o bilateral, en oposicion a la retinitis pigmentaria que ataca ordinariamente un solo ojo.

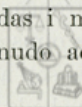
Algunos observadores han encontrado con alguna frecuencia la retinitis como primera manifestacion de sífilis; en todo caso el diagnóstico no puede ser establecido sin un exámen jeneral.

Síntomas.—La forma mas frecuente es la de retinitis hemorrájica cuyos caracteres describiremos. El exámen oftalmoscópico nos permite ver las venas dilatadas i mui sinuosas i numerosas manchas hemorrájicas, amenudo acumuladas en gran número en uno de los sectores.

Hai disminucion de la vision central.

Los vasos están frecuentemente acompañados de cadenas blancas o parecen por trechos enteramente blancos. Este hecho, así como la localizacion de la hemorragia en ciertas partes de la retina, indica que la afeccion ataca principalmente los vasos.

GRAEFE ha descrito una forma especial de retinitis sifilítica llamada retinitis central recidivante. Las alteraciones se sitúan en la rejion de la mácula en forma de una opacidad gris difusa sembrada de manchitas blancas. En esta forma se observan escotomas centrales que desaparecen al cabo de algunos dias, para reaparecer al fin de unas semanas o meses. En el comienzo de la afeccion, los intervalos entre los escotomas son perfectamente libres, pero mas tarde queda una perturbacion permanente de la agudeza visual. Síntomas secundarios acompañan esta afeccion, como por ejemplo, fotofobia, inyeccion



sub-conjuntiva, micropsia, metamorphopsia e iridocoroiditis. Las redivivas son numerosísimas, 10, 20, 30, 80 etc.

La forma de retinitis pigmentaria debida a la sífilis es en un todo análoga a la forma simple de esta afección.

El pronóstico no es del todo desfavorable como en la retinitis pigmentaria, pero la duracion de la enfermedad es mui larga.

En cuanto al tratamiento es el mismo que el de las coroiditis.

Las afecciones de la retina ofrecen en nuestra estadística un total de 162; de éstas corresponden 111 a hombres i 51 a mujeres.

Las retinitis sífilíticas son 10, que se distribuyen así: 9 hombres i 1 mujer.

NERVIO ÓPTICO. - La papilitis puede ser debida a una inflamacion idiopática del nervio óptico o a proliferaciones gomosas de la base del cráneo, o a gomas del cerebro, o a exostosis del agujero óptico. La papilitis consecutiva a la inflamacion idiopática del tronco nervioso o la debida a exostosis, puede ser unilateral. Las otras son bilaterales.

Los síntomas son análogos para todas las formas. La papila se presenta hinchada, difusa, los vasos sinuosos, las venas dilatadas, las arterias estrechadas, hai hemorragias i manchas blancas. Se observa en algunos casos la figura estrellada de la mácula como en la retinitis debida al mal de Bright. Tambien hai disminucion de la vision que puede llegar a la ceguera completa. El pronóstico de toda papilitis es triste en jeneral aunque no tanto para las formas sífilíticas. El tratamiento no puede ser otro que el jeneral i específico. Las afecciones del nervio óptico que aparecen en nuestra estadística son 188: de éstas 144 en hombres i 44 en mujeres. De lo que se deduce que son mas frecuentes estas afecciones en los hombres que en las mujeres, por ser en ellos mas frecuente la sífilis. Probablemente muchas de éstas tienen por orijen la lúes.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL