

El condiloma sifilítico no es inoculable sino por sangre de los vasos que le riegan, como lo es toda la sangre del sifilítico. Cúrese la sífilis con un tratamiento específico: los condilomas persistirán y aun quizás seguirán en su incremento, si persisten la humedad, la suciedad, el roce ó las demás causas irritantes que les dieron origen; pero ya entonces, ni con la sangre de sus vasos, ni con sus humores, será posible inocular afectos sifilíticos.

Lo mismo, exactamente lo mismo, sucede con las vegetaciones de origen blenorragico ó cualquier otro; en los *condilomas planos* la sífilis no tiene más complicidad que las secreciones morbosas é irritaciones locales que provocan los afectos que la son propios; no anima, por consiguiente, la esencia de aquellas producciones.

Esta noción patogenética es de mucha trascendencia clínica: con mercurio curareis la sífilis; por tal resultado podrá el *condiloma plano* reportar el beneficio de verse libre de los humores ó de las irritaciones que le venian del todo de un afecto sifilítico vecino; en consecuencia, suspenderá su desarrollo; pero no se curará, no desaparecerá, sino con astringentes, con cateréticos, con cáusticos potenciales, ó con el hierro y el fuego.

Para tener una buena idea de las placas mucosas de la piel y á fin de no confundirlas con otras producciones de aspecto más ó ménos parecido, conviene estudiar las particularidades que presentan en las diferentes regiones en donde de ordinario aparecen, esto es, en las *márgenes del ano*, el *surco inter-glúteo*, el *escroto*, la *culva*, el *prepucio*, los *ángulos fémoro-escrotales* y *peni-escrotales*, las *comisuras labiales* y *palpebrales*, los *espacios* y *ángulos interdigitales* de las manos y de los piés, los *surcos de las alas de la nariz*, el *conducto auditivo externo*, los *pezones*, los *surcos mamopectorales*, las *axilas* y el *ombigo*.

En las *márgenes del ano* las placas mucosas son muy frecuentes; mucho más en la mujer que en el hombre; causan vivo escozor y comezon, y se acompañan á veces de intensos dolores durante las defecaciones. Son triangulares y radiadas, de manera que sus vértices convergen en el orificio. Los surcos anales los separán entre sí y toman aquellos el aspecto de fisuras.

Entre las *nalgas* se las ve llenar el surco, formando una gran fungosidad, de superficie escabrosa y de brillo nacarado, de la cual se exhala una secrecion muy fétida.

Vemos á menudo placas mucosas en el *escroto*: aquí aparecen espontáneamente de resultas de las transformaciones del chancro sifilítico. Son notables por su figura discoidea y por su color sonrosado.

Los *grandes labios de la vulva* representan el escroto femenino, y son á menudo asiento de placas mucosas, que si bien al principio son pequeñas, lenticulares y aisladas, suelen luego crecer mucho, hipertrofiarse y agruparse. En tal caso, si la enferma no cuida con esmero de la limpieza de sus genitales, no es raro que las placas mucosas causen erosiones muy extensas.

Las placas mucosas del *prepuccio* normal tienen siempre el aspecto de pápulas: las que aparecen del lado de la piel, son de color gris, mientras que las del lado mucoso son rojas. Cuando el prepuccio está cerrado—fimosi—las placas mucosas aparecen formando crestas en lo alto de los repliegues del limbo.

En todas aquellas regiones en donde normalmente existe un surco angular, las placas mucosas aparecen agrietadas y hendidas por este mismo surco: tal es el aspecto que presentan en los *ángulos peni-escrotal, fémoro-escrotal é interfalángicos*, así como en las *comisuras labial y palpebral*.

Las placas que aparecen en el surco de las *alas de la nariz* son relativamente grandes y tienen una especial tendencia á ulcerarse y corroer la piel en donde descansan.

Rarísima vez asoman placas mucosas en los espacios *interdigitales de la mano*, á causa de que la grande superficie de evaporacion que presentan los dedos y las frecuentes lociones de que son objeto no permiten que en ellos se estacionen humores patológicos; en cambio, por reunirse condiciones diametralmente opuestas, las placas mucosas son comunes en los *espacios interdigitales de los piés*, en donde causan vivos dolores, que dificultan la progresion y se acompañan de una secrecion abundante y sumamente fétida.

Tambien, aunque con poca frecuencia, se ven placas mucosas cutáneas en el *orificio externo del conducto auditivo*. Tanto pueden crecer en un tal sitio, que obstruyan por completo esta abertura y obtundan la audicion, como podria hacerlo un pólipo.

Repetidas veces he debido hacer mencion de las placas mucosas de los pezones de las mujeres lactantes; en razon á que esta es una de las fuentes más comunes de la sífilis infantil. Estas placas, lisas y sonrosadas, son muy aparentes y son á veces tan grandes ó numerosas, que ocultan enteramente el pezon.

Las mujeres de gruesas y péndulas mamas adolecen frecuentemente de un *eritema intertrigo*, que tiene su asiento en el surco semi-lunar que separa la mama de la piel del tórax. Sobre esta superficie eritematosa y segregante, se desarrollan á veces *placas mucosas*, que de ordinario se amoldan á la configuracion de la parte, por lo cual presentan el aspecto de una cresta linear, más ó ménos elevada.

Tambien son lugares de secreciones y de roces irritantes las *axilas*, y de ahí que á veces aparezcan en ellas algunas

placas mucosas, las cuales tienen la forma de pápulas y exhalan humores fétidos.

Lo mismo puede decirse del *ombligo*, cuando se presenta muy excavado, como sucede en las personas obesas: el hueso umbilical se rellena de placas mucosas, de las cuales fluye un humor puriémulo, de olor muy ingrato.

Demos por terminado el asunto de la Lección y reservemos para la próxima la continuación y terminación del estudio de las *sifilides de las membranas mucosas*.

## LECCION XLI

—

### Sifilides de las membranas mucosas

#### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> La mucosa de la boca y faringe, además del eritema, ó *angina sifilitica*, ofrece *sifilides papulosas*—que son placas mucosas—y ulceraciones que resultan de granos vesiculosos ó pustulosos abiertos á poco de salir.

2.<sup>a</sup> Las *placas mucosas* ocupan de preferencia el velo palatino y las amígdalas; no se ven en la faringe, porque esta mucosa, á diferencia de la de la boca, no tiene papilas; estas *placas* causan poca incomodidad, ó se limitan á una disfagia más ó ménos graduada y forman elevaciones, que á menudo se ulceran y que á veces se cubren de una capa diftérica; en los labios se presentan agrietadas si corresponden á los pliegues naturales del borde; las de la cara interna presentan el molde de los dientes y se vuelven fácilmente diftéricas.

3.<sup>a</sup> Las *placas mucosas* de la *lengua* ocupan el dorso y rarísima vez la cara inferior; al principio parecen chapas rojas y lustrosas, como desolladuras del epitelio y de las papilas, sin formar elevación; despues se hipertrofian y se forman mamelones, y si son muchas y confluentes, dan á la lengua un aspecto afacetado ó lobulado, con una superficie sembrada de surcos ó grietas; si influyen causas irritantes—condimentos, tabaco—la lengua se pone edematosa, se cubre de manchas blanquecinas, tapizadas de escamas adherentes, debajo de las cuales se perciben núcleos duros, constituyendo la afeccion eminentemente crónica, aunque leve y poco incómoda, llamada *psoriasis lingual*.

4.<sup>a</sup> Las *sifilides ulcerosas de la mucosa bucal*, sobrevienen á consecuencia de placas eritematosas ó de pústulas cuya integridad dura muy poco; tienen un aspecto pultáceo y, al par que excavan profundamente las amígdalas, circundan por su base á la úvula y propenden á extenderse hacia la faringe; para su tratamiento, además de los mercuriales, como específicos, están indicadas las cauterizaciones.

5.<sup>a</sup> Las *sifilides laringeas* son eritematosas, papulosas ó erosivas: el eritema laringeo constituye el *catarro sifilitico* de la laringe y á la inspeccion laringoscópica se caracteriza por manchas, puntos ó como pinceladas rojas, en las cuer-

das vocales y epiglotis, lesiones que se traducen por ronquera, que alterna con la voz clara, y sin verdadero dolor laríngeo ni accesos de tos; síntomas y lesiones que desaparecen espontáneamente al cabo de cuatro ó cinco semanas; las *pápulas laríngeas sífilíticas* tienen notable parecido con los pólipos, y se ven de ordinario en las cuerdas inferiores; las *placas mucosas* son raras en la laringe; las *erosiones* se observan en las cuerdas vocales y en la epiglotis; son consecuencia y se acompañan de eritema, y dan lugar á una ronquera, que puede llegar á la afonía; un trabajo de reparacion excesivo en estas úlceras puede determinar hiperplasias con esclerosis, difusa ó circunscrita, de las cuerdas y alteracion ó pérdida definitiva de las aptitudes fonéticas.

6.<sup>a</sup> Las *sifilides de la mucosa óculo-palpebral*—conjuntiva—son poco frecuentes y entre ellas se cuentan las *pápulas*, que se ven á veces en la conjuntiva bulbar y en el borde de los párpados, y las *placas mucosas*, que aparecen en las comisuras ó en el surco óculo-palpebral inferior; unas y otras se acompañan de síntomas de oftalmia aguda y de abundante secrecion lagrimal ó purulenta.

7.<sup>a</sup> La *mucosa rectal* no es invadida por las placas mucosas, pues carece de papilas; aquellas se limitan á las márgenes del ano y á menudo se complican de eritema y de fisuras, que dan lugar á vivísimos sufrimientos durante la defecacion—véase placas mucosas cutáneas—por lo cual reclaman prontas y enérgicas cauterizaciones.

8.<sup>a</sup> En la *mucosa genital del hombre* las *placas mucosas* á menudo ocupan el surco balano-prepucial, formando una especie de collar fungoso, que podría confundirse con el *epitelioma*, si no se tuviesen en cuenta la facilidad con que mejoran y desaparecen aquellas por la limpieza, los estípticos y el tratamiento anti-sifilítico.

9.<sup>a</sup> Las *sifilides papulosas de los genitales de la mujer* consisten en *pápulas simples*, lenticulares, aisladas ó agrupadas, que segregan un humor á veces concrescible, ó en verdaderas placas mucosas, raras en el cuello uterino, pero muy frecuentes en la cara interna de las ninfas; placas del tamaño y forma de lentes, de color rosado ó rojo subido, que segregan un humor contagioso y que frecuentemente se ulceran, supuran y se cubren de costras—*placas mucosas erosivas*.—

10.<sup>a</sup> Las *sifilides ulcerosas de la mucosa genital de la mujer* son resultado de sifilides pustulosas abiertas, y tanto como son raras y difíciles de distinguir de otras ulceraciones en el cuello uterino, son frecuentes en las ninfas, vestibulo y cara interna de los labios mayores, en donde aparecen bajo la forma de úlceras redondas, del tamaño de un real de vellón, ó más ó ménos oblongas.

11.<sup>a</sup> La falta de limpieza y la gestacion influyen notablemente en la duracion de las sifilides de los genitales de la mujer; con buenos cuidados se curan pronto; si hay embarazo suelen resistir á todas las medicaciones locales y específicas hasta despues del parto.

SEÑORES: la rica vascularidad de las membranas mucosas su abundancia en elementos foliculares, la tenacidad de su revestimiento epitelial, en comparacion con el grosor de la epidermis, la presencia en ellas de numerosas papilas vasculares y nerviosas, su propension á irritarse por estímulos

de poca intensidad y, por último, la atmósfera humoral de que de continuo se hallan rodeadas, son condiciones que hacen prever que en su superficie las *sifilides* hallarán extenso campo para desplegarse, ostentando la mayor parte, sino todas, las formas que presentan en la piel, aunque con las modificaciones que deben forzosamente imponer las diferencias de textura, de medios y de destino funcional. Eritemas, pápulas, placas mucosas, pústulas y vesículas rápidamente transformadas en úlceras, tales son los *enantemas* con que, en el sistema mucoso, puede ser representada la sífilis en el periodo secundario.

Mas, para poseer completo conocimiento clínico de estos accidentes, es indispensable considerar las sifilides en cada uno de los sistemas mucosos, pues, variando su textura y usos, deberá ser diferente el aspecto de sus eflorescencias.

Nada tengo que añadir á lo que dejo expuesto respecto del *eritema de las fauces*—faringe, amígdalas y velo palatino—y de la *angina sifilítica*; pero debeis saber que esta hiperemia guttural es frecuentemente precursora de las *placas mucosas*. Un dia vemos rubicunda la faringe, el velo palatino y las amígdalas; el enfermo se queja de disfagia; poco despues la *angina* se cura, pero de la superficie del velo y de las amígdalas se ven brotar unas elevaciones rojizas, que á menudo se cubren de una capa diftérica, cuya presencia causa solo un poco de estorbo al deglutir: entonces decimos que se han formado *placas mucosas* en el velo del paladar ó en las amígdalas.

No vereis placas mucosas en la faringe, pues éstas, así como las pápulas, consisten en una hipertrofia del cuerpo papilar, y la mucosa faríngea, aunque muy vascularizada y sembrada de utrículos glandulares, carece de papilas. En cambio, como el resto de la mucosa bucal las tiene numerosas, las *placas* pueden observarse en toda su superficie.

Bastante comunes son estas en los *labios*, ora en su borde libre ora en su cara bucal; las primeras se hacen notar por la incomodidad que causan las grietas que las surcan, grietas que dependen de los pliegues naturales de la mucosa; en las comisuras, estos surcos son aun más marcados, y las *placas* aparecen cubiertas de una secrecion blanquecina. Los de la cara mucosa de los labios se presentan frecuentemente diftéricas, y como reciben la impresion de los incisivos, ofrecen los moldes correspondientes á estos ostéides.

La *lengua* abunda en papilas de todo género en su cara dorsal, y carece de ellas en la inferior; dicho está, pues, que en aquella serán tan frecuentes las pápulas, como raras en ésta. En el dorso de la lengua las placas mucosas no comienzan por abultamientos, sino por desolladuras: vereis espacios en que el epitelio se ha desprendido, que forman manchas lisas, rojizas y brillantes y nada proeminentes; poco á poco las superficies desolladas se abultan, se hipertrofian y se convierten en gruesos mamelones; en tal estado el dorso de la lengua deja de ofrecer una superficie uniforme; al contrario, está sembrada de desigualdades, es decir de eminencias, que son otras tantas *placas mucosas* y de espacios ó surcos, que corresponden á los espacios libres de estas producciones. Si tanto se multiplican y crecen las *placas*, los surcos son tambien más numerosos y profundos; entonces la lengua se presenta *afacetada* y agrietada. Estimulantes reiterados, como el tabaco, las bebidas espirituosas ó los condimentos excitantes, pueden sostener y aún acrecentar la irritacion de las placas mucosas; entónces la lengua se vuelve edematosa; se cubre de manchas epiteliales blanquecinas y se infiltra de núcleos duros: las manchas son células epiteliales engrosadas, pero adherentes al dérmis de la mucosa; los abultamientos equivalen á las proeminencias dérmicas del *psoriasis*



*cutáneo*, y el total de la afección de la lengua tiene las mayores analogías con la dermatosis de aquel nombre; es el *psoriasis lingual, de índole sifilítica*, que, si no es grave ni causa mucha incomodidad, es tan rebelde y propenso á reproducirse, como el *psoriasis cutáneo*, cualquiera que sea su naturaleza.

Las úlceras sifilíticas reconocen una de las dos procedencias: ó vienen de manchas eritematosas, ó son el resultado de granos pustulosos ó vesiculosos, que, por ser tenuísima la tela epitelial que los constituye, se abren casi al nacer. Las vereis diseminadas por los labios, encías, mejillas, amígdalas y velo del paladar; son redondeadas, ovoideas, del diámetro de una lenteja, ó algo mas, de fondo á menudo pultáceo y de bordes cortados á bicel. Son de ordinario superficiales; parecen simples *aftas* y no causan mucha incomodidad. Sin embargo, en las amígdalas es muy frecuente que las úlceras sifilíticas profundicen mucho, excavando la glándula de una manera irregular, como podría hacerlo una angina flemonosa, quedando empero, en el caso de sífilis, unas úlceras pultáceas, que no ceden sino á la cauterización y al tratamiento específico.

Las *úlceras sifilíticas del velo palatino* tienen gran propensión á invadir la base de la úvula. Aquí aparecen bajo una forma irregularmente linear, circundando total ó parcialmente la campanilla y extendiéndose á menudo por uno de los lados, hasta la punta. Los enfermos, á pesar de estas lesiones, no acusan mucha disfagia; he visto, no obstante, algunos con úlceras en las amígdalas, que se quejaban de dolores otálgicos y tenían duro el oído del lado correspondiente. Las úlceras del velo del paladar y amígdalas tienden á propagarse, ó por mejor decir, á *multiplicarse* en la faringe. Recordad que os he dicho que todo lo contrario sucede con la

placas mucosas; es que para las úlceras no se necesitan papilas, sino elementos foliculares y vasculares, y la mucosa faríngea, que carece de aquellas, abunda en los últimos.

Uno de los estudios más difíciles, en lo que concierne al diagnóstico de los afectos sifilíticos, es el de las lesiones específicas de la laringe.

Sabido es que la sífilis ataca frecuentemente la voz: la vuelve ronca ó es causa de completa afonía. Pero esta *ronquera* es unas veces transitoria, es decir, poco duradera, puesto que desaparece de la cuarta á la sexta semana, y aún en este tiempo tiene sus más por las mañanas, cuando los enfermos han pasado muchas horas sin hablar, y sus ménos, volviéndose casi clara, por las tardes, despues de haber ejercitado la fonacion. Otras veces la ronquera es permanente, con alivios muy poco perceptibles ó nulos, y en otros casos la voz queda definitivamente perdida. Estas diversas gradaciones de las alteraciones de la fonacion, acusan lesiones distintas en la laringe, pudiendo desde ahora decir que la ronquera transitoria y alterna corresponde al *eritema laríngeo* ó *catarro sifilítico* de la laringe; la *ronquera permanente* á las *pápulas* ó *placas mucosas* de las cuerdas vocales, con ó sin erosion, así como la *afonía permanente* suele ser el resultado de una produccion excesiva de mamelones carnosos en una ó más úlceras laríngeas, quedando por tal causa hipertrofiadas las cuerdas y, por lo mismo, ineptas para producir vibraciones sonoras.

Al exámen laringoscópico el *eritema laríngeo*, que corresponde al periodo de la roséola, se presenta bajo el aspecto de manchas ó puntitos rojos, diseminados por las cuerdas superiores y la epiglotis, ó bien afecta el aspecto de una *pincelada* uniforme, á lo largo de dichas cuerdas. Estas imágenes laringoscópicas hiperémicas, en nada difieren de las

que presenta el *catarro laríngeo simple*; pero en este el enfermo tiene tos y acusa un dolor, más ó ménos vivo, en la laringe; el eritema laríngeo sifilítico no va acompañado de tos ni es doloroso.

Si cupiera una distincion bien marcada entre las pápulas y las placas mucosas, entendiendo por las primeras unas elevaciones lenticulares, planas, de un tamaño inferior al de un guisante, y por las últimas unas eminencias hipertróficas bastante mayores, aplanadas y exudativas, diríamos que las pápulas son frecuentes, al paso que rarísimas las placas mucosas en la laringe. Ocupan aquellas las cuerdas vocales inferiores, y la mayor dificultad que su diagnóstico ofrece, consiste en diferenciarlas de los *pólipos*. La consideracion de los antecedentes y la presencia de otras lesiones de índole sifilítica, será la luz más conveniente para esta importante distincion.

Fácil es calcular que la sífilide papulosa laríngea, residiendo, como de ordinario reside, en las cuerdas vocales inferiores y en la epiglotis, se acompañará de ronquera mucho más acentuada y permanente que el *eritema sifilítico*, pues el obstáculo mecánico para las vibraciones fonéticas será mucho más fijo cuando exista una eflorescencia papulosa, que por un estado hiperémico.

Aun es mucho más marcada y persistente la ronquera cuando hay erosiones laríngeas, y no es raro que este síntoma se eleve, en pocos días, al grado de *afonía*. Las erosiones laríngeas de la sífilis son consecuencia de un eritema persistente y, por lo comun, las úlceras aparecen rodeadas de una areola tambien eritematosa. Un trabajo de reparacion regularmente iniciado y contenido en convenientes límites, puede terminar por la cicatrizacion de las úlceras y restauracion normal del epitelio: en tal caso la voz recobrará gradualmente su timbre y entonacion normales; mas si el proceso

cicatricial toma sobrados vuelos, de manera que las úlceras se cubran de vegetaciones excedentes, tendremos en las cuerdas vocales una neoplasia fibrosa, una cicatriz proeminente, dura y deforme, que las hará perder sus condiciones vibratorias. Desde entonces la afonía será completa y definitiva. Esto es lo que les sucede á algunos individuos que comenaron á enronquecer durante el periodo secundario de la sífilis, volviéronse luego del todo afónicos y despues, aun cuando curados de sífilis, no consiguieron recobrar la voz.

Todos los autores están contextes en que son raras las sífilides en la *mucosa óculo-palpebral*. Se habla de casos de pápulas y placas mucosas de la conjuntiva: yo no he visto ninguna. Los que las han observado dan cuenta de *pápulas* en la mucosa bulbar, en la de los fondos de saco ó repliegues óculo-palpebrales inferiores, en los límites del borde ciliar y en las comisuras. Como es natural, en semejantes circunstancias, las pápulas hacen el efecto de cuerpos extraños, que, al paso que determinan la irritacion hiperémica y secretoria de la mucosa, excitan abundantes lágrimas. Sus síntomas son, pues, los de una conjuntivitis más ó ménos aguda, con epífora, y secrecion mucosa ó puriémula. Su tratamiento exige el específico, así como colirios anodinos, astringentes ó cateréticos.

No profundiza la sífilis en la *mucosa del recto*. Sus evoluciones principales durante el periodo secundario consisten en *placas mucosas* en las *márgenes del ano*, que, cuando más, se extienden á la superficie mucosa inmediata, complicándose con grietas y fisuras y acompañándose de dolores más ó ménos vivos, durante la defecacion. Lo que llevo dicho respecto de las placas mucosas cutáneas que tienen su asiento en esta region, me dispensa de insistir en este asunto; solo añadiré que, entre otros indicios, la falta de flujos hemorrágicos

sirve para distinguir las producciones sifilíticas, anales de los tumores hemorroidales. Con los astringentes, y aun mejor con cáusticos enérgicos, es preciso combatir pronto y enérgicamente las placas mucosas de region tan indispensable á las funciones excretorias.

La *mucosa balano-prepucial* es á menudo asiento de eflorescencias sifilíticas, así ulcerosas como papulosas. Este es tambien el lugar privilegiado para la conversion *in situ* del chancro en placa mucosa.

El surco que subsigue á la corona del glande, el punto en donde la mucosa desde el balano se refleja para pasar á constituir el forro prepucial, se halla poblado de numerosos folículos sebáceos, por lo que y por su configuracion, el esmegma es retenido y la mucosa se hace asiento de una irritacion sostenida; todo lo cual constituye un conjunto etiológico suficiente para explicar la frecuencia de las placas mucosas en este sitio. Aquí, blandamente comprimidas y modeladas por el prepucio, adquieren estas una forma linear y presentan el aspecto de un collarcito hipertrófico, que circunda más ó ménos completamente al glande por su base.

Lo más importante de esta lesion son sus semejanzas con el carcinoma epitelial, que, siendo tambien frecuente en este sitio, puede, en casos análogos á uno de mi práctica particular, ser motivo de error. Ténganse en cuenta los antecedentes; véase si ha existido chancro, si hay aun induracion y si persiste la poliadenitis inguinal; ensáyense los mercuriales, en caso de duda; prescribese asídua limpieza; aplíquese algun caterético, y si el mal cede á este tratamiento, no se dude de que no se trata de cáncer, sino de placas mucosas.

Para terminar la revista de las sífilides de las membranas mucosas, nos resta ocuparnos de las de la *vulvo-vaginal*, que

es la en que presenta mayores dificultades el diagnóstico. Aquí podremos encontrar *eritemas*, que por lo fugaces é indeterminados, difícilmente merecerian el calificativo de sífilíticos; erupciones papulosas bajo el aspecto genuino de *pápulas*, aisladas ó confluentes, ó de *placas mucosas* exuberantes y segregantes, y *ulceraciones*, más ó ménos profundas y de mayor ó menor extension, que de ordinario resultan de granos pustulosos efímeros, pues rebientan al nacer, ó que son efecto de la erosion de que se han hecho asiento las mismas *pápulas*.

Cualquiera que sea la forma, número y extension de estas sífilides, es siempre de notar que la falta de limpieza, los flujos habituales y sobre todo el embarazo, ejercen en su nacimiento y desarrollo una influencia decidida. Cuide la mujer del aseo de sus partes genitales; procúrese cohibir, si existen, flujos leucorréicos ó blenorragicos y—no existiendo la complicacion del útero grávido—se tendrá andada más de la mitad del camino para conseguir la curacion de las úlceras, *pápulas* ó *placas mucosas* de la vulva, vagina ó útero. Si la mujer está embarazada, puede casi á punto fijo pronosticarse que las sífilides resistirán á los mercuriales, á las lociones y á los estípticos, y que no habrá curacion hasta que será evacuada la matriz.

Poco tengo que particularizar en lo referente á la topografía y formas de estas lesiones: *pápulas* lenticulares, aisladas ó agrupadas—que yo no veo en qué difieren de las *placas mucosas*, como no sea en su menor tamaño, pues unas y otras segregan humores decididamente contagiosos y unas y otras terminan frecuentemente por ulceracion, supurando y hasta cubriéndose de costras más ó ménos densas—las vereis en la cara interna de las ninfas y en la superficie mucosa de los grandes labios y *úlceras* redondas y oblongadas, del tamaño

de un real de vellon, que, segun queda dicho, resultan de granos pustulosos tempranamente abiertos, las encontrareis tambien en los susodichos puntos, así como tambien en el vestibulo y en las inmediaciones del clítoris. En cambio, son tan raras como difíciles de distinguir de las granulaciones y ulceraciones comunes, las pápulas y las úlceras sifilíticas del *cuello uterino*, por más que de las últimas se haya dicho que afectan siempre la figura de mordeduras de sanguijuelas. ¿Por qué? Porque el cuello de la matriz tiene el envidiable privilegio de resolver ó cicatrizar pronto todas las producciones de índole sifilítica que en él asoman. Lo mismo vimos sucedia respecto de la blenorragia y del chancro blando.

## LECCION XLII

### De las afecciones sifilíticas oculares.—Iritis parenquimatosa

#### *Proposiciones :*

1.<sup>a</sup> Las afecciones sifilíticas del globo del ojo se presentan principalmente en el iris, pero también se observan en la coroides, retina y nervio óptico, y la época de su aparición corresponde á la de transición del período secundario al terciario.

2.<sup>a</sup> La *iritis sifilítica*, que no es jamás *serosa*, ni *plástica*, sino siempre *parenquimatosa*, acompaña frecuentemente á las sifilides papulosas y pustulosas y, seguramente á causa de la mayor fatiga de la visión que las labores imponen á la mujer, es más comun en ella que en el hombre.

3.<sup>a</sup> En la *iritis plástica* hay que considerar la neoplasia y la inflamación que ésta provoca: la neoplasia es á veces tan pequeña, que se reduce á unas manchitas amarillentas ó grises en la cara anterior del iris; pero de ordinario penetra en el espesor de esta membrana y forma tumores más ó menos voluminosos, llamados *condilomas* ó *vegetaciones*; creciendo hácia adelante, los condilomas atraen al iris hácia la córnea y pueden determinar una *sinéquia anterior* y hasta un *estafiloma*; desarrollándose hácia atrás, puede el iris tocar y adherirse á la cápsula del cristalino; creciendo hácia la pupila, deforma este orificio.

4.<sup>a</sup> Sea por proeminencias condilomatosas ó por adherencias, la pupila está siempre deformada en la iritis sifilítica, y este es el síntoma más constante y ménos equívoco de esta afección.

5.<sup>a</sup> Los síntomas de la iritis sifilítica, son de carácter inflamatorio, sub-agudo ó crónico, y además de las deformaciones de la pupila, sinéquias y condilomas, consisten en la presencia del círculo peri-querático, completo ó incompleto, ó sea una zona rubicunda con ramificaciones radiadas,—que corresponden á las arterias ciliares anteriores—en la esclerótica junto á la córnea; color apizarrado, tumefacción y poca movilidad del iris; tensión de la cámara anterior, por exceso de humor áqueo, el cual suele enturbiarse y aun ofrecer un depósito purulento en el segmento inferior de dicha cámara; fotofobia, si hay inflamación de la coroides y de la retina, y constantemente más ó ménos lagrimeo y edema de los bor-



des palpebrales, por estar inflamada la conjuntiva; por lo comun, la fotofobia y el dolor ocular son poco intensos; hay, empero, dolores periorbitarios que aumentan por las noches.

6.<sup>a</sup> La marcha de la iritis plástica, abandonada á sí misma, es siempre fatal, dejando sinéquias, atrésias pupilares y estafilomas, que pueden perforar la córnea y dar por resultado la pérdida del ojo; tratada convenientemente, suele terminar por resolucion; si hay condilomas, experimentan la regresion, en cuyo caso, en el lugar que estos ocupaban aparecen unos depósitos amarillentos, que no son de pus, sino de naturaleza grasienta y que despues se reabsorben.

7.<sup>a</sup> El *tratamiento* de la iritis sifilítica requiere el empleo de los mercuriales, principalmente en fricciones é inyecciones hipodérmicas, el ioduro de potasio, los purgantes derivativos—calomelanos—pomada de mercurio y belladona en las sienes y sobre todo, el coliro de sulfato neutro de atropina—10 centigramos por 30 gramos.—

SEÑORES: La sífilis, en sus evoluciones más avanzadas del período secundario, cuando están próximos á presentarse los síntomas terciarios, suele dirigir sus tiros á las partes componentes del globo del ojo. Diríase que, para penetrar en estas, el virus sifilítico necesita mucho más tiempo que para desplegar sus virtudes morbígenas en la piel y el sistema mucoso; cual si los tejidos del órgano de la vision, á pesar de su aparente delicadeza, opusieran al expresado agente mayor resistencia que los tegumentos.

¿Es esto decir que jamás aparece precozmente la iritis? La regla es que esta afeccion, así como las lesiones de la coroides, de la retina y del nervio óptico, no se presenten sino en ese período considerado de transicion entre los síntomas secundarios y los terciarios; pero el que tiene alguna práctica en estas enfermedades, no puede negar que de cuando en cuando se ven casos de iritis en el tercero y cuarto mes de la infeccion.

Es tambien de notar que entre las membranas oculares, la sífilis ataca primero á las más superficiales que á las profundas; así la *iritis* es siempre más precoz que la *coroiditis*, esta más que la *retinitis* y esta á su vez más que los neoplasmas de

la papila óptica. Lo cual demuestra que en ese pequeño mundo fisiológico llamado *ojo*, la sífilis observa la misma prelación que en la totalidad del organismo: primero ataca á las partes más superficiales que las que topográficamente las subsiguen.

Así pues, el iris, primero, la coroides, despues y luego la retina y el nervio óptico se podrán presentar dañados por la sífilis; todo podrá ocurrir en el extremo límite del período secundario, en ese plazo de engañadora calma en que el enfermo se considera ya curado, pues ni ve manchas ni granos en la piel, ni le duele la garganta, ni tiene placas ni llagas en las membranas mucosas, ni le molestan neuralgias ni artropatías; mas, así como raras veces la iritis se hace esperar hasta la aparición de los fenómenos terciarios, la coroiditis, la retinitis y la neuritis óptica, son relativamente raras antes de que se presenten los susodichos síntomas.

En esta prelación del iris respecto de las demás membranas oculares, hallamos la explicación de que en las enfermedades de nuestra especialidad se presenten bastantes casos de iritis sífilítica, al paso que ni uno tan solo hayamos podido observar de las otras membranas oculares. Los enfermos que adolecen de retinitis, coroiditis, etc., van á la oficina de entradas como meros *oftálmicos*, pues que no llevan apariencias exteriores de sífilíticos: son, en consecuencia, destinados á la sala de *Santa Lucía*, en donde, como sabeis, no tienen acceso las clínicas.

Esta circunstancia me impone el deber de abstenerme de tratar de las afecciones sífilíticas de las partes profundas del globo del ojo, y me obliga á limitarme á la iritis; y pues carezco de suficiente experiencia personal respecto de aquellas, no vacilo en llenar este vacío apelando á los auxilios de mi excelente amigo, el consumado oftalmólogo Dr. Carre-

ras-Aragó, para que, con algunas notas clínicas, complete este interesante asunto.

Un individuo sifilítico puede, como cualquiera otra persona, presentar las tres formas principales que es susceptible de revestir la inflamacion del iris: la *plástica*, la *serosa* y la *parenquimatosa*; pero de entre estas *iritis*, solo la *parenquimatosa* podrá reputarse sifilítica. ¿Por qué? Porque sabemos que en el iris la sífilis se caracteriza siempre por la neoplasia, por el *sifiloma*. Es decir, que no basta que el iris esté inflamado y que, segregando superabundantemente la membrana de Descemet, se efectue una especie de plétora de humor áqueo que abombe la cámara anterior y la enturbie, cual sucede en la *iritis serosa*; ni que la inflamacion impela el diafragma del ojo hácia adelante ó hácia atrás, hasta hacerle contraer adherencias con la córnea, la esclerótica ó la cápsula del cristalino, y aun formar hernia á través de las membranas—*estafiloma*—cual se observa en la *iritis plástica*; estas *iritis* son *simples*, puesto que no hay en ella más que inflamacion secretoria ó adhesiva, y carecen del elemento anátomo-patológico que declara la especificidad sifilítica, el *condiloma*. Es tanto lo que la neoplasia distingue y constituye la esencia de la *iritis* sifilítica, que la hiperemia, la inflamacion, las sinéquias y las hieperinias que la acompañan, no son más que el resultado de la presencia de aquella. Jullien lo ha dicho: «La *iritis* gomosa no es al principio una *iritis*, como una sífilide cutánea no es una *dermitis*; pero pocas veces deja de convertirse en ella, á causa de la extrema susceptibilidad del iris, cuyo tejido, rico en nervios y vasos, es particularmente propicio al desarrollo de los fenómenos de reaccion.»

Digamos, pues, que *toda iritis sifilítica es condilomatosa* ó *si se quiere parenquimatosa*, pues la lesion radica en el propio pa-

*renquima del iris, y que á su vez toda iritis parenquimatosa, debe reputarse de índole sifilítica.*

Ahora que estais preparados por esta nocion anátomo-patológica de la iritis sifilítica, para comprender la razon de los síntomas con que se declara, voy á llamar vuestra atencion acerca del enfermo que hace tres dias vino á ocupar la cama número 1 de la sala de venéreos.

Es jóven—23 años—robusto y estuvo sano hasta unos cinco meses atrás, en quæ contrajo un chancrito sifilítico. De la historia de su sífilis, el jóven solo recuerda que á los dos meses del chancro, le vino mal en la garganta y dolores por todo el cuerpo; desconoce por completo el haber tenido roséola, lo cual no prueba que no la haya tenido, y añade que más tarde le salieron unos granos por todo el cuerpo, especialmente en las nalgas, muslos y piernas. Palpando con atencion, aún se descubren algunos infartos ganglionares en las ingles, regiones cervicales laterales y partes inferior é interna de los brazos. El jóven ignoraba estas particularidades, pues nada le dolia hacia ya bastante tiempo, y como hubiesen ya desaparecido hasta las manchas de los granos, creíase enteramente curado. Ocho dias antes de venir al hospital, empezó á sentirse incomodado de un obstáculo en la vision en el ojo derecho. Hasta tres dias despues, no comenzó á sentir dolores; luego notó que el ojo se le inflamaba, y dando en la cuenta de que aquello podria ser un retoño de la sífilis, se decidió á entrar en nuestra enfermería.

Veíase la cámara anterior algo más proeminente en el ojo derecho que en el izquierdo; se notaban dos segmentos de circulo rojo en el punto en que la córnea se engasta en la esclerótica, de los cuales partian gran número de vasos radiados é inyectados, que contrastaban con la brillante blancura de la esclerótica; para los que conocemos la disposicion de

los vasos del ojo, tanto el círculo, como sus radios, estaban evidentemente formados por las arterias ciliares anteriores, fuertemente ingurgitadas de sangre, á causa, sin duda, de un obstáculo mecánico de parte del iris. Este tenia un tinte apizarrado; brillaba ménos que el del ojo sano, y la pupila, contraída, á pesar de una aplicacion del colirio de atropina que se habia hecho el dia anterior, no era redonda y regular, sino notablemente escotada en su segmento interno. El enfermo llevaba una simple compresa, á modo de visera, sostenida por una venda en la frente; no tenia mucha fotofobia, y no se quejaba sino de cierta incomodidad, como de arenillas, en los párpados y de dolores bastante vivos, que le privaban del sueño, en la frente y en las sienes. Los párpados se presentaban ligeramente tumefactos en sus bordes ciliares; la conjuntiva estaba algo inyectada y habia un poco de epífora.

Era imposible dudar del diagnóstico: además de los antecedentes y de los vestigios ganglionares, que aun se tocaban, habia el gran síntoma de la iritis sifilítica, su carácter más significativo: la *deformacion* ó sea *irregularidad de la pupila*.

Califiqué, pues, la afeccion de *iritis parenquimatosa*, sifilítica, y aun cuando reconocí y os anuncié que, abandonada á sí misma, la enfermedad, no solo no se curaria, sino que se estacionaria y aun probablemente se agravaria ó complicaria con lesiones mucho más graves, os dije que no me daba miedo, puesto que contra ella disponia de una poderosa terapéutica. En consecuencia, dispuse: cuatro fricciones diarias, en la sien y region supra-orbitaria, de tres gramos de unguento mercurial belladonizado; dos instilaciones al dia, del colirio de sulfato neutro de atropina—10 centigramos por 30 gramos;— una inyeccion hipodérmica cada dia de 1 gramo de la disolucion de peptonato amónico mercúrico, segun Rase-

llave; una píldora de 15 centigramos de acíbar por 10 de calomelanos, cada doce horas, y 5 gramos de ioduro de potasio cada veinte y cuatro horas, en tres tomas.

Al dia siguiente, la mejoría aun no se habia manifestado; pero al tercero era evidente la disminucion de todos los síntomas: la pupila estaba dilatada, el enfermo había dormido durante la noche, los dolores habian remitido y ya no quedaba fotofobia, ni lagrimeo; continuando el plan antiflogístico derivativo y antisifilítico, habeis visto como han ido rebajando los síntomas de la iritis, y habreis asimismo notado que la pupila ha ido perdiendo su irregularidad. Será obra de algunos dias más para que este jóven salga del hospital completamente curado de la iritis, aunque prevenido de que no abandone en mucho tiempo el ioduro de potasio, pues la afeccion ocular ha sido una amenaza, un preludio, de los fenómenos terciarios.

Con este ejemplo clínico nos será permitido dogmatizar la *sintomatología* de la *iritis parenquimatosa*. Aquellos primeros dias de perturbacion visual, sin dolores, ni rubicundez, ni lagrimeo, que el enfermo pasó en su casa entregado á sus tareas habituales, correspondian á la erupcion de un *condiloma*: una especie de pápula en la superficie del iris; *pápula* que, haciendo proeminencia del lado de la pupila, la deformaba y obstruia en parte el campo visual. El condiloma fué creciendo y en el iris hizo los efectos de un cuerpo extraño. El iris, tan vascular y tan nervioso, respondió á este estímulo, inflamándose; congestionáronse sus vasos,—de donde el círculo rojo, radiado, peri-querático,—se hinchó su propio tejido y se alteraron el color y brillo de su superficie. La turgescencia del diafragma ocular hacia perezosa la pupila, razón por lo cual esta se contraía apenas al influjo de la luz. De la flegmasia del iris participó la membrana de Desce.

met, por lo cual hubo hipersecrecion de humor áqueo, declarada por la propulsion de la cámara anterior. Ya he dicho que el iris es muy nervioso, y todos sabeis que le circunda el cuerpo ó ganglio ciliar; por esto las flegmasias del iris se acompañan de dolores que se irradian por las ramas del trigémino: hé aquí el origen de los dolores supra-orbitarios y temporales, que privaban de sueño al paciente. De la inflamacion del iris hubo de participar más ó ménos la conjuntiva: de ahí el lagrimeo, la rubicundez y la ligera tumefaccion de los párpados y la sensacion de arenillas que el enfermo acusaba.

Asi pues, recopilando síntomas, tenemos: deformacion y escasa contractilidad de la pupila; apizarramiento del iris; círculo periquerático radiado; proeminencia de la cámara anterior; ligera inyeccion palpebral; lagrimeo; sensacion de arenillas, y dolores peri-orbitarios bastante intensos. Estos síntomas no se desplegaron bruscamente, sino con cierta pausa y de un modo gradual; la afeccion presentó, pues, una marcha sub-aguda. Siempre fué de notar que el otro ojo no tomó parte en la escena patológica de su compañero.

Este ha sido un caso en el que la *iritis sifilítica*, aun cuando bien caracterizada, ha desplegado una mediana intensidad. En la práctica se ven casos más sencillos, así como otros mucho más graves. A veces los sífilomas abultan tan poco, que se limitan á formar unas manchitas, grises ó amarillentas, en la superficie del iris y en el contorno pupilar, que, por tal motivo, se presenta como festoneado: hay una erupcion más ó menos numerosa de diminutas pápulas, sembradas en la cara anterior del iris. En casos de mayor cuantía, el sífiloma hace progresos en diferentes sentidos: creciendo hácia adelante, invade la cámara anterior, y aproximando el iris á la córnea, le adhiere á esta ó á la esclerótica: tenemos entonces una *siné-*

*quia anterior*. Tanto puede progresar el mal, que, ulceradas las membranas del ojo, el iris vendrá á formar hernia á través de ellas: entonces se dirá que hay un *estafiloma*. Si el condiloma progresa hacia atrás, el iris será conducido hácia la cápsula del cristalino y podrá quedar pegado á ella—*sinéquia posterior*. —

Los síntomas inflamatorios guardan proporción con el desarrollo del neoplasma sifilítico, y si son aquellos muy intensos, no solo habrá hipersecreción de humor áqueo, sino también exudados plásticos, que enturbiarán la cámara anterior, y hasta un depósito puriémulo en la parte más declive de dicha cámara, que aparecerá formando una nube blanquecina en su segmento inferior.

A un mayor grado de inflamación puede corresponder la formación de un exudado fibrinoso que cubra de productos pseudo-membranosos la superficie anterior y posterior del iris, velando la pupila y haciendo perder su transparencia á la cápsula del cristalino. La córnea, distendida, puede hacerse asiento de ulceritas pequeñísimas, como las que caracterizan á la *queratitis punteada*. Por último, la retina y la coroides, inflamadas, pueden completar la *panoftalmia*, que puede terminar por la pérdida completa del ojo.

Vemos, pues, que la reacción inflamatoria de la iritis sifilítica propende á la difusión; pero, cosa extraña, el iris raras veces se inflama en su totalidad: de ordinario el proceso flogístico se limita á las inmediaciones del sífiloma. De ahí que el círculo peri-querático, que traduce la inflamación irídea, sea pocas veces completo; de ahí también la irregularidad y las escotaduras de la pupila. Estas escotaduras dependen en parte de las proeminencias que forma el sífiloma en el campo pupilar, pero principalmente de las adherencias que contrae el iris, bien sea con la córnea, bien con la cápsula del cristalino.



Os he hecho notar que cuando la iritis es mono ocular, no propende á pasar al otro ojo; en cambio, es frecuente verle aparecer simultáneamente en ambos lados. El hecho es fácil de explicar: la sífilis es resultado del sifiloma; este consiste en una erupcion, una sífilide, que aparece en un dia dado; si solo tiene lugar en un ojo, la iritis será *simple*; si brotan sifilomas en ambos ojos, la inflamacion será *doble*.

¿Cómo termina la iritis? Mediante una medicacion conveniente, por resolucion: el sifiloma experimenta una regresion y se reabsorbe. En tal caso, no es raro observar en el lugar que ocupaban los sifilomas unos depósitos amarillentos, que algunos han tomado por corpúsculos de pus, pero que en realidad están formados por la grasa en que se ha convertido la neoplasia.

La *iritis sifilítica* que, segun llevamos expuesto, constituye una manifestacion tardía del período secundario y un indicio de la proximidad de los síntomas terciarios, tiene un valor clínico muy importante, en cuanto nos dice que dista mucho de estar curada la sífilis y nos pone en camino de una medicacion conveniente. Como enfermedad ocular, es grave, por las complicaciones de que puede rodearse; pero es leve si se atiende á los grandes alcances que sobre ella tiene la terapéutica.

Es preciso cumplir tres indicaciones: 1.<sup>a</sup> la *específica*, administrando mercurio por las vías por las cuales causa mas rápida impresion, esto es, en fricciones de unguento mercurial terciado ó en inyecciones hipodérmicas, y ioduro de potasio, á la dosis de 3 á 5 gramos cada dia; 2.<sup>a</sup> la *antiflogística* extra-ocular, consistente en fricciones de pomada mercurial, con belladona, en las órbitas y sienes, purgantes derivativos, y aún, en ciertos casos, sanguijuelas en las regiones temporales, y 3.<sup>a</sup> desiflogisticar el iris y desimplantar la

pupila de sus sinequias, procurando su dilatacion á beneficio de repetidas instilaciones del colirio de atropina—10 centígramos por 30 gramos de agua destilada.—El régimen dietético, la preservacion de la luz, del aire y demás estímulos del ojo deben plantearse como en las otras flegmasias oculares.

---

## De la coroiditis y retinitis sífilítica

por el Dr. Carreras-Aragó (1)

La sífilis puede invadir la coroides y la retina, presentándose bajo la forma de *coroiditis* ó de *retinitis exudativas*, ó bien atacar ambas membranas á la vez, ya ofreciendo los simples caracteres exudativos, ya tomando un carácter más grave constituyendo la *retino-coroiditis pigmentosa*, con síntomas que revelan típicamente su especificidad.

Estas enfermedades pasan muchas veces desapercibidas por los médicos que asisten á los pacientes, pues, presentándose al fin del periodo secundario ó á principios del terciario, coinciden con alguna alteracion en el ojo, iritis ó queratitis parenquimatosas, que no permite diagnosticarlas; ó con alguna manifestacion sífilítica en la piel ó en las mucosas, y si son combatidas debidamente estas afecciones que las preceden y acompañan, el tratamiento específico empleado detiene su marcha y hasta acaba por curarlas. Con todo, las formas graves,

---

(1) Invitado por mi ilustrado amigo el Dr. Giné, catedrático de *Clinica Quirúrgica*, al objeto de completar la leccion que dedica á las afecciones sífilíticas oculares, con algunas notas clínicas relativas á las enfermedades sífilíticas de la coroides, retina y nervio óptico, trataré de hacerlo del modo más claro y conciso posible, dado el carácter de la obra á que aquellas van destinadas. Al efecto, formaré dos grupos: uno para las afecciones de la coroides y de la retina, que suelen ir unidas, y otro para las del nervio óptico.

y en especial la retino-coroiditis pigmentosa sifilítica, suelen dejar vestigios y obligan á acudir al especialista; así como cuando se presentan afectadas la coroides ó la retina despues de haber transcurrido largo tiempo de la última manifestacion sifilítica. Generalmente se presentan desde los 30 años por arriba, afectándose primero la coroides y despues la retina.

Aunque se han hecho pocas autopsias de ojos afectados de *coroiditis y retinitis exudativas sifilíticas*, los *caracteres anatómo-patológicos* que han ofrecido no discrepan de los generales de todas las afecciones exudativas de dichas membranas, ofreciendo las coroiditis un exudado abundante alrededor de la papila, con tumefaccion de la coroides, dando lugar á la hiperplasia de los elementos conjuntivos, con dispersion del pigmento y á trasudaciones al través de la lámina vítrea que comprimen los vasos y nervios ciliares, alterando la nutricion del vítreo y en ocasiones la del cristalino; en la *retinitis* los exudados serosos se infiltran principalmente en las capas más internas de la retina entre los intersticios de las fibras de Müller, y rodeando la papila, la macula lútea y los vasos de mayor calibre, se prolongan hacia la *ora serrata*, produciendo una distension irregular de aquellas fibras, y por lo tanto deformaciones de la superficie interna de la membrana nerviosa; hay además hiperplasia de los elementos conjuntivos. En la *coroido-retinitis pigmentosa sifilítica*, existen las alteraciones anteriores, siendo los exudados é hiperplasias de las dos membranas mucho más considerables, enturbiándose el vítreo y hasta iniciándose la catarata cortical posterior; pero, lo que más caracteriza esta afeccion, es la hiperplasia de la retina, dando lugar á la organizacion de elementos de nueva formacion, y á la emigracion del pigmento retiniano, que va á colocarse alrededor de los vasos, agrupándose en forma de círculo y tomando formas irregulares. Esto explica el porqué en las afecciones de la membrana vascular del ojo, destinada á su nutricion, se empaña pronto el vítreo, dificultando los exámenes oftalmoscópicos, al paso que en los de la retina, se mantiene dicho humor transparente, como hemos tenido ocasion de comprobar en numerosos casos de nuestra práctica.

Se comprenderá, conforme veremos, lo difícil que ha de ser en muchas ocasiones, por el simple exámen oftalmoscópico, diagnosticar las *coroiditis y retinitis exudativas sifilíticas*; con todo, el conjunto de síntomas que ofrecen, unido al exámen anamnésico y á otras manifestaciones específicas que puedan acompañarlas en otras partes de los ojos ó en la piel y mucosas, servirán de gran auxilio.

Recordamos, por el pronto, varios casos, entre ellos uno muy característico, de *coroiditis exudativa*, en un hombre de 34 años de edad, que se presentó á nuestra clínica, aquejando en el ojo derecho una disminucion de la agudeza

visual, la que habia rebajado á solo 0,1 de nuestra escala, con ambliopía, más notable principalmente al anochecer, limitacion del campo visual y moscas volantes, dolor y sensacion de peso en el ojo; el exámen oftalmoscópico reveló un simple enturbiamiento en la papila, extendiéndose más allá de la mácula lútea, y algunas placas blancas exudativas diseminadas, de forma irregular. Preguntados los antecedentes, confesó que hacia unos cuatro años habia sufrido un chancre indurado, con infarto ganglionar no supurado, en la ingle, más tarde anginas, erupciones en la piel, dolores nocturnos en las articulaciones; al año y medio, una iritis en el ojo izquierdo, de la cual quedaban algunas sinequias posteriores; despues de esto, hacia más de un año que no habia aquejado ninguna otra manifestacion, hasta que se le presentó la perturbacion en el ojo, objeto de la consulta. Diagnosticada la afeccion de *coroiditis exudativa sifilitica*, hicimos un pronóstico favorable y un tratamiento específico bastó para que volviese la agudeza visual á la normal, curándose la afeccion.

*Retinitis sifiliticas exudativas*, hemos tenido ocasion de ver bajo distintas formas, y tambien en ellas la anamnesis y síndrome general han facilitado el diagnóstico, lo que, como se comprenderá, tiene grandísima importancia por lo que hace relacion al tratamiento.

Entre los diversos casos, nos limitaremos á señalar algunos que ofrecen formas distintas de la misma retinitis exudativa: uno de ellos acaecido en un hombre de 38 años, que repentinamente notó una ofuscacion en el ojo izquierdo, viendo los objetos al través de una niebla densa, con imposibilidad de distinguir los colores, fotopsias y escotomas en el campo visual. El oftalmoscopio reveló la existencia de una nebulosidad blanco agrisada y difusa que cubria el centro de la retina, hasta la mácula lútea, cortada bruscamente más allá de la papila, formando verdadero contraste el tinte pálido de los vasos, que se transparentaban á través del exudado, con el rojo natural que ofrecían en su porcion libre. Estos exudados, en otro caso, los vimos partir del centro á la periferia, en forma de manchas blanquizcas irregulares, asemejándose—como dice Liebreich—á placas irregulares fibrosas del nervio óptico, con su estriacion característica y acompañadas de exudacion alrededor de los vasos y de algunos pequeños puntos hemorrágicos. En otro paciente, hiperemiada la mácula lútea, formáronse repentinamente exudaciones, con pequeñas hemorragias que le dejaron ciego de aquel ojo, recobrando luego la vista con el tratamiento específico, para perderla de nuevo, en un corto período y por seis veces consecutivas, volviendo á cobrarla al fin de un modo permanente. A no haber recordado los casos de *retinitis sifilitica recidivante* descritos por Graefe, cuyos ataques han repetido 10 y hasta 30

veces, hubiera desistido del tratamiento anti-sifilítico y el paciente difícilmente habría recobrado la vision.

Cuando se ha presentado la *retino-coroiditis pigmentosa sifilítica*, tipo completo que por sí solo puede caracterizar la enfermedad específica, hemos visto síntomas análogos á los ya descritos de la retinitis y coroiditis, con la particularidad, de que los vasos de la coroides se presentan á la vista, tomando un color amarillento, rodeados de exudados, manchas pigmentosas y á veces de pequeños puntos blancos escleróticas, debidos á la atrofia de la coroides. Asimismo los vasos de la retina se ven acompañados de exudados, y el pigmento se deposita en la periferia, con formas irregulares, dispuestas en círculos concéntricos, dando al conjunto un aspecto marmóreo especial, como no se ve hasta en las retinitis debidas á otra causa. Esto, unido á la rapidez con que se forman las exudaciones del vítreo que pueden llegar á impedir el exámen del fondo del ojo, las fopsias, la ambliopía y principalmente la hemeralopía, caracteriza tanto la afección, que cuando se tiene práctica, no hay posibilidad de confundirla con la debida á otras causas, máxime no descuidando la anamnesis y el exámen de las manifestaciones sifilíticas concomitantes en otros puntos del cuerpo. Además, el tratamiento anti-sifilítico será la mejor piedra de toque, pues, si la afección no está ya muy adelantada, es el único que puede dar buenos resultados, cuando se trata de una verdadera retino-coroiditis pigmentosa sifilítica, al paso que en las afecciones debidas á otra causa, el específico hasta llega á ser perjudicial.

Las *coroiditis y retinitis exudativa sifilíticas*, suelen presentarse bajo la forma subaguda ó crónica; generalmente aparecen de una manera repentina, afectando un solo ojo, para desaparecer con prontitud, volviendo á recaer en el mismo ojo ó en el otro. Van muchas veces acompañadas de otras manifestaciones sifilíticas oculares,—iritis, queratitis,—y de afecciones en la piel ó en las mucosas.

Su *marcha*, por lo general, se inicia afectándose la coroides, y destinada ésta á la nutrición del ojo, se manifiestan ya desde un principio, acompañando las alteraciones de la membrana vascular, los exudados del vítreo, que dificultan el exámen del fondo del ojo; más tarde pueden propagarse sus alteraciones á la retina, agravándose notablemente el estado de la vision. Cuando es la retina la afectada primitivamente, se conservan transparentes los medios del ojo y se descubren perfectamente las alteraciones del fondo del ojo, las cuales, si ofrecen un carácter hiperémico congestivo en la region de la mácula lútea, dejan completamente ciego el eje óptico y el enfermo vé solo por la periferia. En ciertas ocasiones, desde un principio afectan ambas membranas tomando un carácter

sub-agudo, alterándose su parénquima y presentándose la *retino-coroiditis pigmentosa sifilítica*, con todos los caracteres típicos de extravasaciones pigmentosas, exudados en la retina, coroiditis y vítreo y demás que hemos descrito anteriormente.

Cuando la *coroiditis ó la retinitis exudativa* no han producido alteraciones orgánicas profundas en los tejidos de las respectivas membranas, pueden con un buen tratamiento anti-sifilítico verse desaparecer los exudados y recobrar el paciente la vision, al grado que tenia antes ó con escasa pérdida, lo cual no es comun en las afecciones de igual naturaleza debidas á otras causas; pero en la *retino-coroiditis pigmentosa sifilítica*, las extravasaciones pigmentosas y la destruccion del estroma de la coroides, dejan ya un sello más profundo y permanente, de manera que, á pesar de las reabsorciones exudativas, se notan placas atróficas y manchas pigmentosas en la retina y coroides, persisten algunos filamentos ó copos exudativos en el vítreo, y al paciente, aunque curado, le aqueja siempre limitacion en el campo visual, ambliopía, hemeralopía, escotomas, miodesopías, etc.

Ofreciendo un carácter análogo, y siendo debida la afeccion á una misma causa, *el tratamiento* de las *coroiditis* y de las *retinitis sifilíticas*, casi deberá ser igual, salvo pequeñas variantes, debidas á la índole de las membranas afectas. Se iniciará siempre con un tratamiento anti-sifilítico general, más ó ménos enérgico segun la importancia y trascendencia de la afeccion. Por lo comun, principiaremos con el empleo de los mercuriales al interior, por el método de *Law*, ó en fricciones en la piel, ó en inyecciones hipodérmicas, hasta producir el ptialismo, continuándolo hasta que mejore la manifestacion sifilítica ocular; luego sostendremos su accion moderadamente con el deutocloruro ó el proto ó el bi-yoduro de hidrargirio. Asimismo en aquellos individuos que habian estado ya sujetos al uso de los mercuriales por largo tiempo, y se encontraban ya algo debilitados por la medicacion, hemos facilitado la presentacion del tialismo combinando las fricciones mercuriales con las inyecciones hipodérmicas de pilocarpina, sosteniéndolo luego moderadamente con el deutocloruro al interior, evitando así el tener que echar mano de grandes dosis de mercurio.

En todos los casos, despues de los mercuriales, ya solos, ya combinados con el yoduro de potasio, se apelará á este último medicamento ó al yoduro de amonio, y en los casos de anemia, se alternará esta medicacion con la tónica ferruginosa, administrando la genciana, yoduro de hierro, quina ferruginosa, etc., etc.

Como las recidivas suelen ser muy frecuentes en esta clase de afecciones, con-

vendrá, despues de algunos descansos, repetir el tratamiento anti-sifilitico, como preservativo, no debiendo llegarse á producir tialismo, cuando no existe manifestacion ocular.

En las afecciones de carácter más grave, y principalmente en la *retino-coroïdítis pigmentosa sifilítica*, puede persistir la hemeralopía y continuar las exudados en el vítreo, mantenerse la ambliopía, etc.; en estos casos, se combinará la medicacion antisifilítica, con el uso interior del aceite de hígado de bacalao, el jarabe de quina ferruginoso, etc. En ocasiones he tenido que apelar á la estrigina interiormente, y al exterior con fricciones en la frente y arcadas supraorbitarias con el bálsamo Fioravanti y el amoniaco; con estos medios, y la aplicacion de la electricidad, han mejorado considerablemente la agudez y el campo visual.

Como medios tópicos para facilitar la reabsorcion de los exudados, emplearemos fricciones en la frente y arcadas supra-orbitarias con pomadas mercuriales, dando preferencia al deuto-cloruro de hidrargirio; ó bien nos valdremos del yoduro de potasio, del de amonio, etc. Asimismo, si los exudados tomasen un carácter seroso abundante, emplearíamos vesicantes volantes amoniacales alrededor de la frente al objeto de producir una revulsion, y cuando lo que domine más sea el estado hiperémico con tendencia á la hemorragia, nos valdremos de las ventosas Horteloup, secas ó sajadadas, en las sienes.

A beneficio de estos recursos terapéuticos, con una buena higiene, haciendo descansar la vista, moderando la intensidad de la luz con cristales ahumados, hemos obtenido magníficos resultados en las afecciones de la retina y coroides, cuando eran debidas á una enfermedad sifilítica, pudiendo asegurar que de igual clase son aquellas en que proporcionalmente hacemos un *pronóstico* más favorable, gracias á la benéfica influencia de la medicacion específica. Debemos advertir, antes de terminar, que muy á menudo, al poco tiempo del tratamiento, despues de una gran mejoría, vemos desaparecer las manifestaciones sifilíticas que existian en otros puntos de la economía; en estos casos, esto que será siempre una buena señal, indicará la necesidad de persistir en la medicacion específica, con tanto mayor motivo, en cuanto las afecciones oculares profundas sifilíticas, tienden siempre á recivar, y hasta despues de curadas, conviene á temporadas insistir con la medicacion antisifilítica, si queremos evitar su reproduccion.