

cación, dividiendo á sus habitantes en inmunes y no inmunes, y en un registro especial que llevase, tomaría nota del movimiento de altas y bajas que en ella ocurrirían por cambio de domicilio; de esta manera podría tener una noticia, si se quiere diaria, de las personas no inmunes ahí radicadas, y vigilándolas sabría con toda oportunidad la aparición de cualquier afección febril, la que se consideraría como sospechosa de ser la fiebre amarilla, procediendo inmediatamente al aislamiento del enfermo, pues en el caso de que la sospecha no se confirmara, ningún perjuicio le resultaría al enfermo, y si por el contrario, el diagnóstico resultaba exacto, se suprimía desde luego el principal elemento de propagación de la enfermedad: el enfermo. Bien se deja comprender que en poblaciones que no se encuentran en estas condiciones, la tarea es mucho más difícil, por tratarse de mayor número de enfermedades, pero no es de aquellas que ofrezcan obstáculos insuperables, por lo que creemos deben adoptarse estas medidas, en beneficio de la humanidad, y podernos vanagloriar á la vuelta de algunos años, del triunfo obtenido por la ciencia sobre algunas de las desgracias que afligen al género humano.

Lo realizado en la Isla de Cuba hasta la fecha, con la fiebre amarilla, es ejemplo que debemos imitar; lo obtenido últimamente en Mazatlán con la peste bubónica, demuestra que somos capaces de alcanzar lo que otros pueblos han conseguido, y lo que muchos, no obstante su poder y riquezas, no han podido obtener, y ambos hechos nos demuestran que no hay nada que resista á la voluntad y deseos del hombre, siempre que para lograrlo se apoye en la ciencia.

Si ha dominado al rayo, haciéndolo esclavo dúctil y obediente de su voluntad; si ha logrado burlarse de la furia de los mares; si ha acortado las distancias; si ha descendido á las entrañas de la tierra; si está en vísperas de apoderarse del calor solar; si, en una palabra, es el dueño absoluto de todo lo creado; si es el amo y señor que domina toda la naturaleza, para proporcionarse comodidades, goces y placeres que le hagan menos penoso su paso por la existencia; ¿por qué se ha de dejar vencer por el infinitamente pequeño? ¿por qué no ha de desterrar para siempre, relegándolo al olvido en la obscuridad de los tiempos, al germen que constantemente lo acecha y acecha, que es capaz de causarle dolores y su-

frimientos, y que cuando menos lo espera le arrebatara la existencia, tan útil para sí mismo, para su familia y para la humanidad?

Manuel S. Iglesias.

( ) : ( )

## OFTALMOLOGIA

### Algunas palabras Sobre la sífilis en México

Señores Académicos:

No hace mucho tiempo, y de una manera incidental, se inició en el seno de esta docta Sociedad, un principio de discusión acerca de la gravedad que revisten en nuestro país las variadas manifestaciones de la infección sifilítica, ora adquirida, ora hereditaria. En las sesiones subsiguientes, la Academia, ocupada con otros temas científicos de actualidad, no volvió á acordarse más de aquel delicado cuanto trascendental asunto.

Tuve desde entonces el proyecto de relatar alguna vez á mis honorables consocios, las ideas que después de una práctica asidua de más de veinte años he llegado á formarme acerca de las alteraciones oculares más comunes, que se observan en México como resultado de aquella infección ya adquirida por el paciente mismo ó ya transmitida en forma de heredo-sífilis.

No entra en mis propósitos tratar *in extenso* una materia tan vasta; no sería esto propio de una comunicación académica, sino de una monografía, y me vería expuesto á repetir á cada paso, lo que refieren los tratados clásicos; las leyes generales de la fisiología y de la patología son las mismas en las diversas partes del globo, sin que pueda negarse por esto que cada país, según sus condiciones especiales, presenta algunas variantes en el modo de ser de las enfermedades; es en tal sentido, á grandes rasgos é insistiendo sólo en aquello que directamente me ha enseñado la observación, como pienso hacer este corto relato que será tanto más breve, cuanto que la Sociedad Oftalmológica Mexicana se ocupará, en su próxima reunión anual, del tema que hoy señalo.

Comienzo por declarar, que según mis convicciones, la sífilis ocular no es rara en México, siendo en ocasiones grave, ya por

sí misma, ya por otras manifestaciones concomitantes.

Acéptese ó no, que la sífilis ha existido en el planeta desde los tiempos más remotos; admítase con algunos ó deje de admitirse, que fué importada á Europa á fines del siglo XV, por los compañeros de Colón, á raíz del descubrimiento de América; si debemos creer como un hecho innegable, que de esa época data la difusión en el mundo civilizado, de la terrible plaga que tantas víctimas enumera.

De entonces acá el mal se ha extendido y multiplicado al infinito, y aquí, como en todas partes, se han observado sus múltiples manifestaciones. Los órganos de la visión no debían escapar á sus extragos; desde que el azote fué bien conocido, comenzaron á señalarse los accidentes oculares sífilíticos, y los oftalmólogos de todos los países han consagrado importantes estudios á tales accidentes. Dice un prologo yo! gar que los ojos son el espejo del alma; pudiera añadirse que lo son también el cuerpo, pues si ellos revelan las diversas pasiones del espíritu, retratan también fielmente numerosos estados patológicos, siendo muchas veces el oculista quien primero hace el diagnóstico de una enfermedad del sistema nervioso, de un estado diatésico, ó del padecimiento de un órgano lejano como el riñón. La sífilis se encuentra en este caso; no pocas veces se descubre ya en su forma adquirida, ya en la hereditaria, por los trastornos oculares que origina.

¿Qué impresiones recibe el oftalmólogo al reconocer las señales evidentes del temido mal en los órganos visuales de ciertas personas sobre las cuales no parecía recaer ni la más remota sospecha! Ni posición social, ni edad ni sexo ponen al abrigo de la infección; yo, por mi parte, me he sorprendido en ocasiones, al encontrar la sífilis en los ojos del niño, de la doncella, de la esposa, del anciano. Entonces, conformándome con la práctica habitual he designado el padecimiento con el calificativo de *específico*, para atenuar, aun cuando sea de palabra, el estigma que la infección imprime á sus víctimas, en muchos casos inocentes. Me ocuparé primero de lo que he observado sobre sífilis ocular adquirida, y hablaré después sobre la hereditaria.

No he tenido oportunidad de encontrar en México el chancero ocular infectante; creo que ha de ser muy raro entre nosotros, y yo lo conocería sólo de nombre, si no lo hubiera visto en París.

No puedo decir otro tanto de la iritis; juzgo inútil insistir en sus caracteres, perfectamente trazados en todas las obras de Oftalmología. Sólo debo decir que si en la mayor parte de los casos la iritis sífilítica merece el nombre de plástica, y de sub-aguda, dando lugar á la formación precoz de sinequias posteriores, y á dolores ciliares, casi siempre moderados, en algunas circunstancias puede revestir la forma serosa, y originar dolores muy intensos.

En esta variedad, que por fortuna no he visto sino pocas veces, la tensión ocular aumenta de un modo sensible, la pupila se dilata y la cámara anterior disminuye por la proyección del iris hacia adelante; no es raro observar en la cara posterior de la córnea, sobre todo, hacia abajo, pequeñas manchas blanquecinas, redondeadas, que antes se consideraban como una variedad especial de queratitis que llamaban *puntuada*; á esto se refería también la antiguamente llamada descemítis, ó acuo-capsulitis, denominaciones erróneas que deben ser desechadas, pues las manchitas de que he hecho mención son debidas á pequeños depósitos exudativos que se nacen en la cara profunda de la córnea, y que dependen de la iritis.

Para percibir las con claridad, debe emplearse el alumbrado oblicuo y no deben confundirse con otra variedad de queratitis puntuada descrita por Fuchs, y cuyo sitio mucho más superficial se encuentra en la membrana de Bowman.

La llamada descemítis dista mucho de ser patognómica de la iritis sífilítica. Acabo de curar á un joven español que en el curso de una sífilis inveterada, sufrió una iritis de forma serosa, con dolores muy agudos é hipertonia, simulando glaucoma; he notado que en estos casos la midriasis no impide que se formen sinequias posteriores cerca del borde pupilar; la forma en hoja de trébol que á veces conserva la pupila á causa las adherencias irianas, tampoco es en mi concepto característica de la iritis específica. La forma serosa, acompañada de dolores agudos, es á no dudarlo más grave que la forma puramente plástica y sub-aguda.

La flemasía no se limita siempre al iris, puede propagarse al tractus uveal, presentándose ya la irido-ciclitis, ya la irido-co-rooidítis; la primera es mucho más rara según mis observaciones, que la segunda; es al mismo tiempo más grave, pues no obstante el tratamiento enérgico que en tales casos acostumbro emplear, la afección sigue á

veces una marcha progresiva, que como la irido-ciclitis no específica, compromete profundamente la nutrición del ojo, y puede acarrear la desorganización completa del órgano.

Con alguna frecuencia atiendo casos de irido-corioiditis sífilítica, siendo lo común que terminen felizmente, siempre que se les cure como es debido. En todos los tratados sobre la materia se encuentra bien descrita esta enfermedad; yo he llamado siempre la atención de mis discípulos, sobre el enturbiamiento general del vítreo, debido á copos finísimos, pulverulentos, lo que comunica á la papila un aspecto especial, pues á través del medio que ha perdido su transparencia, se vé como velada, algo rojiza, de contornos difusos, sin poder distinguirse los vasos cuando el enturbiamiento es acentuado; yo la comparo al disco del sol poniente y velado por las nubes, en una tarde de estío. Siempre he notado en estos casos la existencia de fotopsias, fotofobia y discromatopsia, disminuyendo á tal grado la agudez visual, que puede llegar á ser nula; con más frecuencia la he observado en un solo ojo, pero puede ser también bi-ocular, ó presentarse primero en un ojo, y algún tiempo después en su congénere. Cuando, merced al tratamiento adecuado se aclara el cuerpo vítreo, y se recobra la visión, puede encontrarse en la coroides, los vestigios persistentes y á veces indelebiles del mal, bajo la forma de manchas exudativas. Desde hace mucho tiempo asisto á un hacendado del estado Guanajuato, que en el curso de una sífilis grave, fué atacado de irido-corioiditis del lado derecho; este enfermo, que me fué recomendado por mi apreciable comprofesor y amigo el señor Dr. Gallegos, llegó á perder casi por completo la vista en el ojo afectado; lo traté con energía, siendo en la actualidad su agudez visual casi igual en los dos lados, pero conservando algunas manchas blanquecinas en el fondo del ojo derecho, las cuales desde hace más de año y medio persisten en el mismo estado.

No es raro que la retina y el nervio óptico participen de la inflamación de la coroides; tiene gran tendencia la sífilis á atacar al mismo tiempo las diversas membranas oculares, considerando algunos autores la existencia simultánea de dichas flegmasias, como característica de la infección que me ocupa. Puede sin embargo, presentarse aisladamente la inflamación del nervio óptico, revistiendo por lo común la forma de peri-neu-

ritis, ó de neuro-retinitis; como en muchos casos no hay fenómenos cerebrales, pudiendo ser la flegmasia monocular, y sin revestir los caracteres del exotramulamiento papilar, es indudable que en tales casos no es debida á sífilomas intra-craucanos; se trata de neuritis periféricas simplemente; muchas veces he tenido oportunidad de observar esta forma de sífilis neuro-retiniana, cuyo pronóstico es relativamente favorable; la papilitis propiamente dicha, que ataca los dos nervios ópticos, y que es debida á sífiloma cerebral, es de un pronóstico gravísimo; debe temerse en estos casos no sólo la ceguera, consecuencia de la atrofia papilar, sino también la muerte del paciente, á despecho del más activo tratamiento; así tuve la pena de perder hace algunos años á un apreciable cliente, que joven y lleno de ilusiones tuvo la desgracia de contraer la terrible afección, que después de privarlo de la vista, le arrebató la existencia.

Como forma poco común debo mencionar la retinitis pigmentaria; por los pocos casos que de esta variedad he observado, creo que en su pronóstico es gravísimo y aún pudiera decirse fatal. Mucho me impresionó el caso de retinitis pigmentaria sífilítica que pude seguir paso á paso en un apreciable jurisconsulto de un estado occidental de la República. Como en la forma congénita se presentó en este paciente el estrechamiento progresivo del campo periférico, que llegó á limitarse á un círculo reducidísimo; la hemeralopía apareció desde los primeros tiempos del mal, y se fué acentuando más y más; en cierto período de la enfermedad, podía leer el paciente caracteres aún pequeños, gracias á la conservación de su agudez central, durante el día, y podía conducirse por sí mismo, aun cuando fuera con trabajo por la pérdida de la visión periférica; pero en la noche quedaba casi ciego, siéndole imposible la lectura, y necesitando del auxilio de un diestro para conducirse; como en todas las retinitis específicas, había discromatopsia, no habiéndose presentado nunca la catarata polar posterior. Poco á poco la agudez central fué á su vez disminuyendo y llegó un día en que el paciente dejó de ver con el ojo derecho, conservando todavía una visión imperfecta en el izquierdo; en éste último se extinguió más tarde el último vestigio de luz, y el pobre enfermo, totalmente ciego, lleva desde hace tiempo una triste existencia condenada á perpetuas tinieblas.

Durante su permanencia en México, mi

querido maestro el Sr. Dr. Galezowski, estudió este caso que vió también mi estimado discípulo el Sr. Montaña; el mal estaba ya muy avanzado, y pudimos comprobar la palidez de la papila, con sus vasos sensiblemente adelgazados, la anemia general de la retina, y las pigmentaciones que en escaso número existían diseminadas en la parte periférica de la membrana nerviosa ocular. También en compañía de mi citado maestro, observé por ese tiempo á un hacendado de la frontera norte, afectado del mismo mal; no he seguido paso á paso su observación, pero sé que la enfermedad sigue implacablemente su marcha invasora.

No he descrito con todos sus pormenores las diversas formas de sífilis ocular, de que me he ocupado hasta aquí, pues esa tarea, además de larga, sería infructuosa; como ofrecí al principio, sólo he insistido en las circunstancias especiales que me han enseñado mis propias observaciones; la misma marcha me propongo seguir en lo que aún me falta que exponer.

Muchos y variados casos he atendido de parálisis sífilíticas de los músculos motores del ojo; he podido cerciorarme de que los músculos afectados con más frecuencia, son los inervados por el tercer par, viniendo en seguida el que anima el sexto, y después el inervado por el cuarto; así lo aseguran todos los autores, y yo he tenido numerosas oportunidades de comprobarlo; he podido verificar también, que las parálisis del tercer par son comunmente parciales, disociadas de tal manera, que sólo uno ó dos de los músculos que están bajo la dependencia del óculo-motor común, se encuentran comprometidos, y esto sin que se trate casi nunca de una verdadera parálisis, sino más bien de una paresia. Esta circunstancia parece indicar que las parálisis sífilíticas de los músculos oculares son de causa periférica, nuclear ó cortical, pues si fueran de origen basilar, todo el cordón nervioso sería interesado, y la parálisis se haría sentir al mismo tiempo en el recto superior, en el interno, en el inferior, en el pequeño oblicuo, en el elevador palpebral, y en los dos intrínsecos. La disociación se explica fácilmente, admitiendo que la causa productora de la parálisis radica en los hilos terminales, que están ya diseminados, ó en los núcleos ventriculares; hoy se admite, según el esquema de Kahler y Pick, que partiendo de la parte superior á la inferior, se encuentran, primero y en el ventrículo medio, los núcleos del músculo acomodador, y del esfín-

ter pupilar, y después en el cuarto ventrículo, los del recto interno, y del inferior, cerca de la línea media, y más lejos de esta línea, los del elevador palpebral, del recto superior y del pequeño oblicuo; para el tercer par. Más abajo está el del patético y por último, el del sexto par.

Como se hallan diseminados esos núcleos en un espacio de cierta extensión, se concibe que pudieran ser afectados aisladamente; á causa de la diseminación de los centros, también pudieran suponerse las parálisis disociadas de causa cortical, aun cuando sus localizaciones nos sean desconocidas, sabiendo tan solo con certeza que el centro cortical del elevador del párpado superior, se encuentra en la parte posterior del lóbulo parietal, según las observaciones de Landouzy.

La sensación de vértigo, la diplopía de formas muy variadas, según el caso, y los demás fenómenos que acompañan esta parálisis, han sido perfectamente estudiados por todos los oculistas. Quiero llamar en este trabajo la atención sobre dos formas de parálisis sífilíticas de los músculos oculares, que he tenido oportunidad de observar. Una de ellas, muy rara, la ví por primera vez en la Clínica Oftalmológica de la Escuela, en la que pude mostrarla á mi Jefe de Clínica, el Sr. Dr. Montaña, y á los alumnos; en lugar de una parálisis disociada, la forma á que aludo es casi una oftalmoplegia externa. En el enfermo de referencia, manifestamente sífilítico, se encontraban paralizados casi todos los músculos extrínsecos del ojo derecho, siendo menos generalizada la parálisis en el izquierdo; la facies del paciente era muy semejante á la de Hutchinson; los párpados superiores caídos, el músculo frontal fuertemente contraído y las cejas arqueadas; levantando el párpado superior se encontraba el ojo derecho inmóvil, falto de expresión como incrustado en cera; algo análogo aunque menos acentuado había en el ojo izquierdo que conservaba algunos movimientos, sobre todo, hacia abajo y afuera; el enfermo, tratado con energía, mejoró sensiblemente, pero no habiendo vuelto á la consulta, lo perdimos de vista, quedando incompleta la observación. Posteriormente ví otro caso en una señora de mi clientela privada; se paralizaron sucesivamente los músculos del ojo izquierdo primero, y después los del derecho. ¿En dónde reside la causa de estas parálisis múltiples de origen sífilítico? Careciendo de necropsias, me es imposible asegurar si se deben á

neuritis periféricas diseminadas, ó si son de causa central, como acontece en la oftalmoplegia nuclear progresiva, propiamente dicha; me limito á señalar los hechos sin comentarlos.

Después de esta forma, debo señalar otra no tan rara, que bien merece el nombre de oftalmoplegia interna ó mejor intrínseca sífilítica; los músculos afectados son entonces el esfínter pupilar y el acomodador; más que parálisis, es una paresia lo que se presenta, lo que da lugar á midriasis moderada, con disminución ó aún supresión de los reflejos pupilares, y á cierto grado de presbiopía. Todos los casos que he tenido oportunidad de ver hasta ahora han sido en un solo ojo; llamo mucho la atención sobre este punto, pues la anisocoria persistente, pudiera hacer pensar en el principio de una enfermedad tan terrible como la parálisis general progresiva; es notable también esta última forma por ser muy rebelde al tratamiento; conozco algunas personas que desde hace años, presentan un estado parético de los músculos oculares intrínsecos, en los cuales toda manifestación sífilítica ha desaparecido de mucho tiempo atrás, y que *fastidiados de curarse sin éxito han acabado por abandonarse*. Debo advertir que la misma paresia ha sido observada por mí, en personas que seguramente no estaban bajo la influencia de la sífilis, siendo en tales casos el padecimiento tan tenaz, como cuando es de naturaleza específica.

Por último, diré que numerosas veces he visto las parálisis de los músculos oculares, transitorias y parciales, que se presentan en el período pre-atáxico, de los sífilíticos tabéticos.

Se ha dicho, y con justicia, que la córnea parece gozar de inmunidad contra la infección específica adquirida. Pocos casos se registran de queratitis parenquimatosa, debidas á tal causa; yo no la he observado sino una sola vez, perfectamente caracterizada, en una señora que perdió el ojo derecho á consecuencia de irido-ciclitis, y que estuvo á punto de perder el izquierdo, el cual después de varios ataques de iritis sífilítica, presentó la queratitis difusa sumamente rebelde, *varias veces reincidente y dejando como consecuencia manchas corneales indelebiles, que mucho dificultan la visión*.

Las lesiones del nervio óptico relacionadas con accidentes cerebro-medulares sífilíticos ó para-sífilíticos, son incomparablemente más graves que todas las mencionadas hasta ahora; son, en efecto, muy temibles

no sólo por el peligro de una ceguera irremediable; lo son también porque las lesiones concomitantes del encefalo y de la espina, comprometen las facultades intelectuales y aun la vida.

En otro lugar señalaré lo grave del pronóstico de las papilitis debidas á sífilomas intra-craucanos, y creo inútil insistir sobre este punto; más bien quiero decir algo sobre la atrofia gris.

Esta atrofia así llamada, por el color que en los primeros tiempos ofrece la papila, aun cuando después llegue á ponerse enteramente blanca, es por desgracia muy frecuente en la República; de la capital y de los estados acuden constantemente los enfermos en busca de un remedio que nadie puede darles. Ninguno pone en duda en *unos pocos días las estrechas relaciones que existen entre la sífilis ya adquirida, ya hereditaria, y la tabes dorsalis*. Que se admita lo que es poco probable, que depende directamente de la infección sífilítica, ó que se acepte, á mi modo de ver con más razón, que la sífilis no hace sino preparar el terreno para la aparición del mal, en razón de la caquexia creada en todo el organismo; de un modo ó de otro, nadie podría negar que sobre todo en los individuos predispuestos por herencia ú otra causa, la sífilis es un factor poderoso en la producción de la esclerosis de los cordones medulares posteriores, que según la justa denominación de Fournier, sería un accidente para-sífilítico. Esto explica satisfactoriamente, por qué el tratamiento específico por enérgico que sea, es inútil para el tratamiento de la atrofia papilar tabética; algunas veces, con el noble afán de curar á los pobres pacientes, llegamos á forjarnos ilusiones sobre la utilidad de algunos agentes terapéuticos, pero tales ilusiones se desvanecen bien pronto, pues el mal continúa sin perder su marcha progresiva. Así he visto á numerosos enfermos llegar á la ceguera absoluta, con un intervalo más ó menos largo entre ambos ojos; después de muchas decepciones, sobre los medios que unidos al tratamiento específico creía de alguna eficacia, he llegado á adquirir la triste convicción de que la ceguera de causa tabética es de todo punto incurable, no estando sobre el particular más adelantadas que Romberg, el cual en otro tiempo exclamaba: "No brilla la esperanza para los tabéticos."

Añadiré que, como todo el mundo, he podido observar que los terribles accidentes medulares que me ocupan, pueden estallar

en persona, que habiendo tenido sífilis en apariencia benigna, sin llegar á accidentes terciarios, no se han sometido á un tratamiento eficaz y suficientemente prolongado. Nada tengo que agregar respecto de la sintomatología de la atrofia tabética de la papila, que la he observado en México tal como se descubre en todas las obras de oculística; solo abrigo algunas dudas sobre las alteraciones del campo periférico, pues he observado varios casos que se separan de lo que se admite como clásico, esto es, que el campo se va estrechando y perdiendo por sectores irregulares. Uno de mis más distinguidos discípulos, el Sr. D. José Alvarez, estudiante de sexto año de medicina, estudia actualmente á instancias mías, este importante punto de clínica oftalmológica.

En breves términos mencionaré otra forma de sífilis cerebro-ocular que he observado ya varias veces; no es por cierto una novedad, puesto que Fournier y otros especialistas en sífilis y neuro-patología, le han señalado en diversos escritos; me refiero á una afección, que así por las perturbaciones oculares, como por los trastornos cerebro-espinales, es una mezcla de la parálisis general progresiva y de la ataxia medular; es si se quiere una forma de pseudo-parálisis sífilítica ó tabes cerebral, según la expresión de Fournier, asociada á la tabes dorsal. He atendido entre otros á un enfermo, que todavía me consulta, el cual pudiera considerarse como tipo de tal entidad nosológica; se trata de un jóven é inteligente abogado del interior de la República, que después de sufrir las manifestaciones claras de la sífilis secundaria, vió aparecer una serie de accidentes de orden nervioso y oculares que pusieron en grande alarma á su familia y lo decidieron á venir á curarse á la Metrópoli. En la actualidad, el mal ha hecho rápidos progresos, á pesar del tratamiento; hay anisocoria marcada, siendo mayor la pupila derecha y existiendo el signo de Argill-Robertson; estrechamiento del campo periférico, discromatopsia, disminución progresiva de la agudez central, que hace unos cuantos días la encontré inferior á 0.5; papilas en vía de atrofia, más marcada en el ojo izquierdo; incoordinación motriz (el enfermo se ha caído varias veces en la calle); existen los signos de Westphal y de Romberg; hay placas de anestesia, irregularmente distribuidas en el tronco y en los miembros, incontinencia nocturna de orina, anafrodisia, temblor en las manos; esto último hace que adquiera la palabra una expresión particular, como la de los dementes paralíticos;

temblor en las manos, esto último hace que la escritura sea poco inteligible, tanto más cuanto que al escribir olvida el paciente palabras enteras, ó partes de palabras, habiendo perdido además la ortografía; si á esto se añade algo de parafasia, se comprenderá que tanto el lenguaje hablado como el escrito, se han perturbado de un modo notable. El estado mental también se encuentra pervertido; no hay delirio propiamente dicho, pero sí depresión de las facultades; la memoria debilitada, da lugar á que el sujeto relate varias veces el mismo hecho, no acordándose de que ya lo dijo antes; se ha vuelto tímido, muy impresionable, á ocasiones irascible, lo que da á su carácter algo de infantil; de activo é inteligente que fué en sus buenos tiempos, se ha tornado apático y de cortos alcances, siendo muy notable que no lo apene su situación, pues más bien se muestra satisfecho y ríe con mucha gana cuando se le dice algo que le haga gracia. Como todo lo dicho va en aumento, no pudiera ser más grave el pronóstico; la ceguera y la demencia son el porvenir de este pobre enfermo, si un accidente agudo, apopléctico por ejemplo, no origina más pronto un letenlace.

Un caso en todo semejante pude observar en un individuo de nacionalidad española, sobre el cual fué consultado hace algún tiempo por nuestro distinguido consocio el Sr. Dr. Urrutia; ignoro cuál sería el destino ulterior de este sujeto.

En un industrial francés muy inteligente, afectado de sífilis cerebral, pude observar una perturbación de los centros visuales, que no es del todo común; después de un grave ataque apopléctico, que puso la vida en serio peligro, dejando afasia y hemiplegia derecha, vi al enfermo en junta con mi buen amigo el Sr. Dr. Regino González, quien había combatido en otra época y con toda energía las primeras manifestaciones específicas. Algún tiempo después y ya por su pie se presentó el enfermo en mi estudio, para consultarme sobre un fenómeno óculo-cerebral que lo tenia muy alarmado; no obstante que veía cualquier objeto aunque fuese pequeño, le era imposible leer porque no reconocía las letras; un examen atento me persuadió de que se trataba de la extraña perturbación llamada ceguera verbal ó alexia; ignoro si al mismo tiempo había agrafia, pues como persistía la hemiplegia derecha, era imposible mecánicamente la escritura; esto me hizo diagnosticar una lesión sífilítica situada entre el pliegue cuneo del lado izquierdo y el centro visual co-

mún, que es donde se encuentra el centro de la alexia.

Este enfermo se fué á París, en donde lo cura el reputado Dr. Dejérine, sé por su familia que ha conseguido alivio, habiendo ya recobrado la facultad de leer.

Como accidentes terciarios de sífilis ocular, sólo he podido ver dos veces la cario-necrosis de las paredes orbitarias; conservo aún vivos recuerdos de uno de estos casos; fué operado por mí inolvidable y respetado maestro el Sr. Dr. Lavista, en su casa de salud de la calle de Bucareli; yo fui su ayudante en la operación, que consistió en la raspa de la parte enferma, que se hallaba situada en la pared orbitaria interna, hacia adelante y arriba; el resultado fué satisfactorio.

Con relativa frecuencia se observa en nuestro país la sífilis ocular hereditaria, bajo la forma de queratitis parenquimatosa, magistralmente descrita por Hutchinson, con todos los fenómenos concomitantes. Me ha sido dado observarla en todas las clases sociales; lo mismo en la consulta del hospital que en mi clientela particular, he tenido que combatirla numerosas veces. No entraré en desarrollos sobre la materia, pues si algunos creen que es producida por la sífilis misma, transmitida por herencia, y otros como el sabio profesor Panás, opinan que es el resultado de la caquexia ó discrasia general, que sufren los niños de padres sífilíticos, todos están de acuerdo en el fondo, al aceptar que directa ó indirectamente la sífilis de los progenitores, al repercutir sobre sus productos, puede originar dicha afección corneal. No se debe caer en la exageración de referir á la sífilis hereditaria todos los casos de queratitis difusa; puede ser debida á otras causas, como hoy es generalmente aceptado; en el segundo Congreso Médico Nacional, reunido en San Luis Potosí, tuve la honra de hacer sobre este punto una comunicación á la Sección de oftalmología; describí entonces una variedad de queratitis difusa de naturaleza escrofulosa, haciendo notar, entre otras cosas que no se encuentran en tales casos las deformaciones dentales descritas por Hutchinson con tanta precisión. Pero si es cierto que la sífilis no es la causa constante y exclusiva del padecimiento, sí lo es en muchos casos.

He visto la afección en los dos sexos, y sobre todo entre los cinco y los diez años; no deja de presentarse, sin embargo, en personas de más edad; en estos días atiendo á una señorita de 16 años y á un joven de 18. Cuando el mal es oportuno y hábilmente

atendido, generalmente cura; puede dejar no obstante manchas indelebles, con todos sus inconvenientes, y algunas veces puede ser excepcionalmente tenaz, y sujeto á frecuentes recaídas y reincidencias; en algunos casos he notado que la fotofobia llega á ser insoportable, pudiendo compararse á la que se presenta en el primer período de la meningitis; hace algún tiempo asistí á un niño, que sólo podía permanecer en una pieza enteramente oscura, y con los ojos cubiertos; el más débil rayo de luz lo hacía sufrir atrocemente, siendo necesario someterlo á la anestesia clorofórmica cada vez que se le hacía su curación; el mercurio, el yoduro, los midriáticos, y otros medios adyuvantes dieron por resultado la curación del enfermito, que está actualmente sano, y con sus córneas perfectamente diáfnas. No es raro que un ojo sea invadido después del otro, aunque en casos más felices la afección es monocular.

Se comprende que el diagnóstico etiológico tiene grandísima importancia, pues si el mal proviene de la sífilis, el tratamiento específico se impone; si se encuentran las deformaciones dentales características, si existen ó han existido otros estigmas sífilíticos, no es difícil esclarecer la verdad. En circunstancias dudosas, sería necesario una pesquisa á veces difícil y siempre delicada; en estos casos el médico debe dar pruebas de su exposito tacto científico y social; la más ligera indiscreción pudiera ser causa de gravísimos trastornos en un hogar; el padre muchas veces niega los antecedentes específicos, y aún de buena fe, pues no comprende que accidentes en su concepto ligeros, sufridos en ocasiones, muchos años antes de casarse, puedan tener influencia en la enfermedad de su hijo; con la madre no conviene abordar la cuestión, por razones que no es necesario mencionar; no debe olvidarse que el asunto se complica aún más en el caso de que el niño que sufre la enfermedad sospechosa no es hijo de aquel "quem nuptiae demonstrant," lo cual, aun cuando es triste, puede acaecer. Es de tenerse muy en cuenta que según las observaciones de eminentes especialistas, puede transmitirse á la prole la sífilis contraída hasta veinte años antes como máximo, aun cuando el hecho sea raro, y tampoco debe echarse en olvido que, al decir de Fournier y de otros clínicos eminentes como Lamelongue, Resnier, aun cuando no puede demostrarse el hecho rigurosamente, es posible que los resultados se recientan hasta la segunda generación.

Por la breve reseña que acabo de hacer, se verá que he podido observar en México la mayor parte de los accidentes oculares sífilíticos descritos por los autores europeos; mis observaciones se refieren tanto á personas de la capital, como á residentes en los diversos estados que han venido á consultarme.

No se han presentado con igual frecuencia las variadas manifestaciones del mal, siendo numerosas las iritis, menos comunes las coroiditis y neuro-retinitis, así como la parálisis de los músculos oculares; menos frecuentes aún las retinitis pigmentarias, siendo positivamente raras las otras formas de la infección, en lo que concierne á la sífilis adquirida propiamente dicha; en cuanto á los accidentes para-sífilíticos, es bastante frecuente, por desgracia, la atrofia gris de la papila, como manifestación de la esclerosis medular posterior, siendo rara cuando acompaña al complejo patológico, que pudiera calificarse de tabes cerebro-espinal; por último, se encuentra no pocas veces la queratitis parenquimatosa de Hutchinson, como manifestación de la heredo-sífilis.

De todo lo expuesto se deduce la inmensa importancia práctica del tratamiento y de la profilaxis de tan variados accidentes morbosos. No es mi ánimo tratar estas cuestiones, que darían material para trabajos muy extensos; solo quiero llamar la atención sobre dos puntos que revisten serio interés.

Se refiere el primero al bien del enfermo mismo, y el segundo á la seguridad para su prole; en cuanto á lo primero, nunca debe conformarse el paciente con un tratamiento incompleto, que no hace más que aliviarlo temporalmente; es necesario que se penetre de su situación, y se someta á una curación metódica años enteros; mucho contribuyen á ofuscar al paciente los pomposos anuncios de medicinas maravillosas que pretenden curar la sífilis á corto plazo; tan pronto como el sífilítico experimenta una mejoría, se da espontáneamente de alta, teniendo que lamentar más tarde su ligereza; muchos que se creían indemnes, van á menudo á mi consulta con manifestaciones graves en los ojos ó en otros órganos.

En cuanto á lo segundo, por un sentimiento de moralidad, debe abstenerse el sífilítico de contraer matrimonio, si hay la más ligera sospecha de que su mal no está curado; hay dos factores que contribuyen poderosamente para alejar los peligros de la herencia: el tiempo transcurrido desde

el principio de la infección, y el tratamiento dirigido con prudencia; inminente el peligro durante el primer año, va disminuyendo hasta el tercero; no debe olvidarse, sin embargo, que la facultad hereditaria puede persistir latente, hasta muchos años después; que algunas sífilis, benignas en apariencia, han dado lugar á graves formas hereditarias, y que en los casos de herencia convergente, el peligro es todavía mayor. Debe, por lo tanto, ser muy discreto el médico cuando se le consulta sobre tan delicados puntos, pues de otro modo podría autorizar la procreación de víctimas sin culpa, realizándose así la exclamación del profeta Jeremías: "Patres comederunt uvam acerham, et dentes filiorum obstupuerunt."

México, junio 10 de 1903.

José Ramos.

## FISIOLOGIA

### PAPEL DE LAS BACTERIAS EN LA DIGESTION.

Desde que Pasteur y Duclaud llamaron la atención sobre la importancia de los microbios en el proceso digestivo, gran número de autores se han ocupado de esta cuestión cuyo estudio tiene gran interés no sólo para los fisiólogos, sino también para los clínicos. Efectivamente, si tenemos en cuenta que los alimentos en el canal digestivo no sólo están sujetos á la acción de los enzimos contenidos en los jugos encargados de la digestión, sino también á la de las bacterias; si consideramos que en condiciones anormales la producción de estos organismos puede crecer en extremo y comprometer seriamente la nutrición, alterando la función digestiva y dando lugar á productos degradados y enteramente impropios para el metabolismo; nos convenceremos de la utilidad de un estudio que nos haga conocer las condiciones en que estos microorganismos toman el carácter patógeno, encontrando terreno favorable para su crecimiento. Mas en este trabajo, nos limitaremos á tratar solamente del papel que las bacterias desempeñan en el tubo alimenticio, en circunstancias normales.

Es un hecho perfectamente comprobado que los jugos digestivos poseen los enzimos necesarios para que los alimentos sean transformados en sustancias asimilables; está también demostrado que los microbios producen amilasas capaces de sacarificar el almidón, segregando diastasas iguales á las de la saliva y del jugo pancreático. No se